В.П.Осипов. Курс общего учения о душевных болезнях

Берлин, Гос. изд. РСФСР, 1923 - 723 стр.

Предисловие I.

В существующих руководствах по душевным болезням обычно отсутствует исторический очерк, столь необходимый для надлежащего освещения каждой научной дисциплины; краткие исторические сведения имеются у Krafft-Ebing'a, руководство которого не соответствует современным научным воззрениям, отчасти у Корсакова; даже в обширном руководстве Kraepelin'a этой стороне психиатрии уделено, сравнительно с размерами руководства, мало места. Таким образом, историческое вступление, входя в курс, читаемый преподавателями душевных болезней (с такого вступления обычно начинает свой курс, напр., акад. В. М. Бехтерев), сообщается слушателям лишь в форме устного изложения, при чем последние лишены возможности освежить содержание этой части курса в своей памяти. Только-что сказанное относится еще в большей степени к сведениям по психологии, без усвоения основ которой нельзя приступать к изучению душевных болезней. Отсутствие преподавания психологии в медицинской школе, за единичными исключениями, накладывает на преподавателя учения о душевных болезнях обязанность предпосылать своему курсу хотя краткое психофизиологическое вступление; как показывает опыт, слушатели очень интересуются этой частью преподавания и постоянно обращаются с просьбою дать им возможность закрепить в памяти и усвоить слышанное; указание на источники и руководства мало помогает делу, так как в настоящее время преподавание психологии должно быть связано с экспериментом; конечно, преподаватель психиатрии не имеет возможности все это полностью взять на себя, но дать надлежащее направление психологическому мышлению будущих врачей он может, сопровождая свои лекции необходимыми демонстрациями в психологической лаборатории, без которой немыслима кафедра психиатрии; психофизиологическое вступление необходимо и для того, чтобы с первых же шагов показать слушателям, что без овладения методами экспериментально-психологического исследования в настоящее время точное изучение душевно-больного немыслимо, и будущие специалисты должны приобретать соответствующие знания при практических занятиях.

Исходя из указанных соображений, я решился опубликовать первые два выпуска своего курса, думая, что этим пойду навстречу желанию своих слушателей, облегчив им изучение психиатрии. Об'ем моего курса сообразован с возможностью его изложения на медицинских факультетах университетов и вообще в специальных медицинских школах, но желающие углубиться в изучение излагаемого найдут необходимые указания в приводимых литературных источниках.

1916. *В. Осипов*.

Предисловие II.

Когда в начале 1917 года были изданы 1—2 выпуски предлагаемого “Курса общего учения о душевных болезнях”, предполагалось, что в течение ближайших лет появятся два следующих выпуска, а именно: “Процессы больной душевной деятельности” и “Физическая симптоматология, этиология, распознавание, классификация и профилактика душевных болезней”.

Первое издание моей книги встретило весьма благоприятный прием, что выразилось в лестных для автора рецензиях и быстром израсходовании издания, несмотря на то, что книга содержала лишь введение в изучение психиатрии; очевидно, потребность в таком введении была значительной. Полагаю, что необходимость издания полного курса общей психиатрии еще более значительна, так как в настоящее время в распоряжении учащихся почти нет соответствующих руководств, а в выходивших еще недавно общая часть изложена очень кратко. Между тем психиатрическое мышление и умение анализировать психиатрические явления развивается у учащихся, главным образом, при изучении общей психиатрии, преподаваемой в связи с клиническим изучением психопатологических явлений; при этом способе преподавания изучение клиники душевных болезней существенно облегчается.

Тяжелые условия, наступившие в России в связи с мировой войной, сделали для автора невозможным более раннее издание настоящего сочинения, сильно замедлив его выход. Те же тяжелые условия сделали невозможной разработку ряда задач, которая должна была осветить некоторые намеченные вопросы; наша разобщенность с внешним миром также сделала свое дело.

Петроград, 1921. *В. Осипов*.

I.

Психиатрия и ее содержание. Понятие о душе. Головной мозг есть субстрат душевной деятельности; доказательства: сравнительно-анатомическое, эмбриологическое, физиологическое, антропологическое, патологоанатомическое. Определение понятия душевной болезни. Связь между душевными и нервными заболеваниями. Значение психиатрии для врачей и ее общественное значение.

Греческое слово психиатрия в буквальном переводе обозначает Науку о лечении, о врачевании души; с течением времени значение этого термина естественным образом расширилось и углубилось, но и в то время, когда врачи принимали душу, как нечто самостоятельное и независимое от тела, понятие психиатрии охватывало учение о болезнях души, условиях и причинах их возникновения и о лечении этих болезней.

В настоящее время мы называем психиатрией ту часть медицины, содержание которой составляет учение о душевных болезнях в широком смысле слова, подразумевая под этим учение о причинах возникновения и генезе душевных болезней, самое описание клинической картины душевных болезней с момента их развития до конечного исхода, способы их лечения, и учение о способах призрения и содержания душевно-больных.

Определение понятия душевной болезни не представляется столь легким и простым, как это может показаться с первого взгляда. Когда мы говорим о душе с естественно-исторической точки зрения, как врачи, как натуралисты — мы не представляем себе душу, как дух, нечто самостоятельное и независимое от тела, напротив, мы будем ближе всего к истине, понимая душу, как одно из явлений природы[1]); содержание этого явления природы составляют душевные или психические отправления, психофизические реакции, совершающиеся в данном индивидууме. Душа есть организованная совокупность психофизических реакций, обусловленных внешними и внутренними раздражителями. Наличность болезненного расстройства душевных функций и подразумевается, когда говорят о душевной болезни.

Знаменитый психолог Wundt, рассматривая вопрос о сущности души, говорит, что “наша душа есть не что иное, как совокупность всего нами внутренне переживаемого наших представлений, чувствований и хотений, слагающихся в одно общее целое в нашем сознании и при постепенном развитии возвышающихся до сознательного мышления и нравственно-свободной воли”[2-3]).

Это определение, являющееся распространением предыдущего, может удовлетворять психологов различных направлений, если только отбросить последние слова о

нравственно-свободной воле, очень характерные для Wundt'a, но не удовлетворяющие тех, кто не принимает воли, как нравственно-свободной.

Связь души в указанном смысле слова или душевной деятельности с телом мы видим из примеров повседневной жизни: каждому известно душевное состояние голодного человека, и каждому приходилось наблюдать на себе и на других, как резко изменяется душевное состояние после утоления голода; на-строения утомленного и отдохнувшего человека совершенно различны; человек, отравивший свое тело алкоголем или другими наркотическими веществами, тем самым влияет и на отправления своей душевной или психической деятельности.

Прежде чем определить понятие душевной болезни, необходимо установить положение, что головной мозг и, преимущественно, кора больших полушарий мозга является субстратом душевной деятельности. В настоящее время вряд ли возможны какие бы то ни было сомнения в правильности сказанного, но вряд ли можно и возражать против заявления Krafft-Ebing'a[4]), что установление взгляда на головной мозг, как на орган душевной деятельности, является таким результатом успехов знания, который можно причислить к величайшим приобретениям человеческого ума.

Необходимо привести доказательства выставляемого положения потому, что хотя оно и высказывалось уже много сотен лет т. наз., но с другой стороны, еще всего несколько десятков лет т. наз. настроение духа связывалось с функциями симпатического нерва, участие в психической деятельности приписывалось всем частям организма[5]); крупные ученые, как Pfluger, Auerbach, приписывали спинному мозгу особые психи-ческие отправления, ощущения и даже собственную волю, и только в 1860 году это заблуждение было опровергнуто Go1tz'ем.

Доказательства того, что душевная деятельность сосредоточивается в головном мозге и особенно в серой коре больших мозговых полушарий, черпаются из различных источников; они черпаются из области сравнительной анатомии, эмбриологии, из области физиологии, антропологии, патологической анатомии и гистологии.

Сравнительная анатомия учит, что чем выше стоит психическая организация животного, тем лучшее развитие обнаруживает его центральная нервная система и в частности его головной мозг.

Самую об'емистую часть головного мозга лягушки представляет четверохолмие, превышающее своими размерами мозговые полушария, совершенно неприкрывающие четверохолмия; полушария птиц развиты сильнее, они отчасти покрывают четверохолмие; мозговые полушария собаки и ряда других животных представляют уже значительно большее развитие — они не только покрывают четверохолмие, но даже небольшую часть мозжечка; кроме того, в каждом полушарии мозг собаки обнаруживает ряд дугообразных, приблизительно параллельных извилин, разделенных бороздами, что является указанием на возрастающую

сложность организации головного мозга и коры полушарий этого животного. Наконец, у человека, высшего представителя психической организации, головной мозг наиболее развит, как в смысле отношения больших полушарий к подкорковым узлам и к мозжечку, который совершенно покрыт мозговыми полушариями, так и в смысле развития мантии полушарий, мозговой коры, поверхность которой обнаруживает весьма сложную извилистость и глубокую бороздчатость.

Весьма характерной особенностью мозга человека по сравнению с мозгами низших животных представляется наличность в левом полушарии хорошо развитых речевых извилин[*]).

Если мы воспользуемся, согласно предложению Даркшевича [8-9]), отношением веса головного мозга к весу спинного, как показателем высоты интеллектуального развития, и проследим это отношение для ряда животных, то у черепахи это отношение выразится 1,0, у птиц (петух и голубь) 1,5—2,5, у кошки 3,0, у собаки 5,0, у мандрилла 11,0 и, наконец, у человека — 49,4 для мужчины и 49,3 для женщины. Приведенные величины с ясностью показывают, как увеличивается отношение веса головного мозга к весу спинного по мере развития душевной деятельности.

Ranke предложил определять отношение веса головного мозга к спинному, исходя из соображения, что спинной мозг является центром низших функций в сравнении с головным мозгом, центром высшей психической деятельности; собственно, Ranke имел в виду отношение головного мозга ко всей нервной системе (и периферической), но в виду технической затруднительности выяснения такого отношения он ограничился спинным мозгом; по вычислении отношения вес головного мозга принимается за 100, тогда оказывается, что у человека вес спинного мозга составляет 2 % веса головного; у всех остальных животных этот % гораздо выше, напр., у гориллы он составляет 5,6—6 %, у коровы 47,7 %, у трески 100 % [10-11]).

Эрлицкий[12]) обращает внимание на постепенное совершенствование психических способностей в тесной связи с развитием мозга у человека за все время его жизни от рождения и до периода зрелости.

Физиология доказывает непосредственную связь головного мозга с душевной деятельностью, главным образом, посредством метода выпадения функции; метод заключается в том, что удаление у животного тех или других участков коры головного мозга влечет за собою уничтожение, выпадение функции, свойственной этому участку, что отражается и на полноте психической жизни животного. Опыты и исследования Fritsch'a и Hitzig'a[13]), H. Munk'a[14]), Goltz'a и ряда других авторов установили связь, напр. височных извилин собаки с функцией слуха, затылочных — с функцией зрения, крючковидной извилины с функцией обоняния и т. д. H. Munk доказывает, что с удалением коры височных и затылочных извилин у животного наступает душевная глухота и душевная слепота, при которой животное слышит звуки, но не понимает их значения, так как перестает связывать их с определенными представлениями, или видит предметы, но не узнает их, не понимает их значения. Особенно ценным и поучительным явился опыт Goltz'a[15]), которому удалось посредством вымывания впервые достигнуть почти полного удаления больших полушарий у собаки, при чем собака еще долго жила после операции (18 мес.); у нее обнаружились явления резкого упадка интеллектуальной деятельности, которые, конечно, должны быть связаны с отсутствием у собаки мозговых полушарий; хотя Go1tz встретил много возражений по поводу только-что описанного опыта со стороны H. Munk'a, тем не менее знаменитая собака Go1tz'a без мозговых полушарий является и до настоящего времени одним из самых крупных доказательств необходимости больших мозговых полушарий для психической жизни животного.

В своих возражениях Go1tz'y H. Munk[14]) обращает внимание на неудовлетворительность самого метода вымывания мозгового вещества струей воды; вода сама по себе вредна для вещества мозга, давление струи также вызывает осложнения, влияя на кровообращение и дыхание, а также подавляя функцию соседних, неудаленных областей мозга; таким образом, чистота опыта нарушается, и ставить изменения и выпадения функции у животного, оперированного по способу Goltz'a, в связь с удаленными частями мозга можно лишь с большой осторожностью; те проявления жизнедеятельности собаки Go1tz 'a, которые автор считал за выражения ощущений зрения, слуха, осязания и вкуса H. Munk принимает за рефлекторные движения. В недавнее время удаление мозговых полушарий у собаки повторено было Rothmann'ом[16]).

Рассматривая результаты опытов с удалением мозговых полушарий, Бехтерев обращает внимание, что такие проявления психической деятельности, как сосредоточение на внешних проявлениях, не обнаруживаются даже и в слабейшей степени животными с удаленными полушариями; такие животныя не воспринимают сложных пространственно-дифференцированных внешних впечатлений, не обнаруживают некоторых эмоций, не имеют прошлого опыта, лишены процессов, устанавливающих комбинации между различными по времени внешними влияниями. Наиболее характерными особенностями в отправлениях мозговых полушарий являются высшие психические процессы. Психическая деятельность в ее наиболее сложных отправлениях составляет бесспорно основную и важнейшую функцию полушарий; недостаток этой деятельности при удалении полушарий обнаруживается у всех вообще позвоночных, не исключая и более низших, тогда как другие функции у этих последних обычно не страдают существенным образом от удаления полушарий[17]).

Исследования антропологов показывают, что по мере того, как человеку приходится совершенствовать природные душевные способности, его головной мозг становится больше и тяжелее; мозг увеличивается с усилением борьбы за существование и ростом культуры, и некультурные народы, стоящие на той ступени

---

[*]) Интересующимся сравнительной анатомией центральной нервной системы можно указать на сочинение Flatau и Jacobsohn'a, посвященное анатомии и сравнительной анатомия центральной нервной системы млекопитающих[6]), и сочинение Jacob и Onelli[7]) в прекрасном издании Lehmann'a, посвященное тому же вопросу.

развития, на которой находился древний человек, обладают по об'ему и весу меньшим мозгом, по сравнению с культурными народами[*]).

Исследования Broca[19-20]) и Topinard'a[21]) обнаружили, что вместимость мозговой части черепов, принадлежащих жителям Парижа 13 века, уступает емкости черепов, вырытых на кладбищах Парижа 19 века, в среднем на 33,0—35,55 куб. стм.

Подобные же исследования E. Schmidt'a[22]), произведенные над черепами древних и современных египтян, дали как раз обратный результат: за последние две тысячи лет емкость черепных коробок египтян уменьшилась в среднем на 44,5 куб. стм.; это явление приобретает понятное значение, если принять во внимание, что древние египтяне стояли на вершине цивилизации, подвергнувшейся впоследствии духовному и материальному распаду.

Средний вес головного мозга обитателя средней Европы по Marchand'y[10]) — 1397,0 (м.) и 1270,0 (ж.); нормальные колебания веса по Marchand'y лежат между 1250,0—1550,0 (м.) и между 1100,0— 1450,0 (ж.).

Hunter[10]), имевший возможность исследовать мозги негров и белых солдат, погибших в северо-американской войне, получил следующие данные: вес мозгов негров в 37% колебался от 1276,0—1417,3; вес мозгов белых в 36 % равнялся 1418,0—1558,0; 1134,0—1275,0 весили 27% мозгов негров и только 14% белых, напротив, 1559,0—1700,0 мозг негров достигал в 3 %, мозг белых в 10 %.

Ranke приводит между прочим следующие средние величины веса мозга некультурных народов: в. м. африканских негров — 1232,0, негритянок — 1202,0; бушменок — 997,0; бомбейских туземцев —1006,0; индусов —1176,0.

Buschan[10]) приводит вес мозгов 107 лиц, выделявшихся при жизни своими способностями и положением из среды современников; воспользуемся некоторыми из данных Buschan'a:

	В. м.
И. Тургенев, поэт и писатель, 65 л	2012,0
G. Cuvier, естествоиспытатель, 63 л	1830,0
O. V. Bismarck, политический деятель, 83 л	1807,0
J. Abercrombie, физик, 64 л	1786,0
W. M. Tackeray, писатель-юморист, 52 л	1658,0
W. v. Siemens, физик, 68 л	1600,0
Napoleon III., император, 55 л	1500,0
C. Giacomini, анатом, 58 л	1495,0
K. F. Gauss, математик, 78 л	1492,0
P. Broca, антрополог, 55 л	1484,0
М. Д. Скобелев, полководец, 39 л	1457,0
Mihalkowicz, анатом, 55 л	1440,0
H. v. Helmholtz, физик, 73 л	1440,0
Dupuytren, хирург, 58 л	1457,0
Fr. Schubert, композитор, 32 л	1420,0
N. v. Nussbaum, хирург, 61 г	1410,0
A. Bertillon, антрополог, 62 л	1398,0
Fr. Goltz, физиолог, 68 л	1395,0
Rudinger, анатом, 64 л	1380,0
T. L. W. v. Bischoff, анатом, 76 л	1370,0 .
M. v. Pettenkoffer, гигиэнист, 82 л	1320,0
Ed. Seguin, психиатр, 68 л	1257,0
Laborde, антрополог, 73 л	1234,0
J. F. Hausmann, минералог, 77 л	1226,0
F. J. Gall, анатом, 70 л	1198,0

Вес мозга Cromwell'я (2330,0) и Byron'a (2238,0) Buschan подвергает сомнению.

Мозг известного ученого В. В. Пашутина, занимавшего кафедру общей патологии сначала в Казанском Университете, а позднее в В.-Мед. Академии, весил 1340,0[23]). Мозг покойного химика проф. Д. И. Менделеева весил 1571,0 [23]).

Из приведенной таблицы следует, что в большинстве случаев вес мозга лиц, выделяющихся своими умственными качествами из среды современников, превышает средний нормальный вес головного мозга человека; бесспорно, что у целого ряда лиц, высоко одаренных в умственном отношении, вес мозга не только не достигал средней нормы, но был значительно ниже ее; в этих случаях недостаток мозговой массы обычно уравновешивается количеством извилин и глубиною борозд мозговых полушарий; приходится признать, что абсолютный вес мозга может лишь до известной степени указывать на состояние умственного развития данного человека. Bischoff встретил вес мозга в 1650,0, 1678,0, 1770,0 и 1925,0 у трупов, принадлежавших обыкновенным рабочим, а вес мозга в 2222,0 был обнаружен Rudolph'y у совершенно неизвестного человека, по имени Рустана[11]). Главное внимание исследователей должно быть направлено на изучение микроскопического строения серой коры полушарий, на качественное развитие и на количественное отношение нервных элементов.

Исследуя головной мозг людей, страдавших при жизни душевными заболеваниями, мы часто находим уже при макроскопическом его изучении весьма существенные изменения патологического происхождения;

[*]) Соответствующая литература собрана в работах д-ра С. А. Аркина[18]).

резче всего эти изменения бывают выражены при душевных заболеваниях, обусловленных органическим поражением головного мозга; изменения отмечаются и при некоторых заболеваниях, еще не так давно причислявшихся к функциональным поражениям центральной нервной системы; при микроскопическом изучении мозга ясные патологические изменения обнаруживаются в таких случаях, где макроскопическое исследование не дает возможности их подозревать; результаты современных исследований (Niss1, Alzheimer) настолько убедительны и интересны в своих деталях, что случаи душевных заболеваний, в которых при тщательном микроскопическом исследовании головного мозга не удается доказать наличности патологических изменений, никак не могут противоречить положению, что душевное заболевание обусловливается и определяется расстройством функций головного мозга.

Особенно поучительно изучение мозгов идиотов и слабоумных от рождения, в которых помимо изменений, обязанных своим происхождением различным болезненным процессам, встречается общее недоразвитие головного мозга, недоразвитие отдельных его участков и целых мозговых долей.

Подробная характеристика патологических процессов, поражающих головной мозг и приводящих к развитию душевных заболеваний, а также описание макро- и микроскопических изменений, наблюдаемых при различных душевных заболеваниях и состояниях недоразвития центральной нервной системы, будет дана в соответствующих отделах общей и частной патологии помешательства.

Изучение нормального строения центральной нервной системы и в частности головного мозга, изучение тончайшего строения и взаимоотношения его нервных элементов, невронов, убеждает в чрезвычайной приспособленности его к восприятию центростремительных раздражений, к передаче возбуждений в различных направлениях в пределах головного мозга и к проведению возбуждений в центробежном направлении (центростремительные и центробежные, проекционные, и ассоциационные или сочетательные системы).

Из всего сказанного вытекает с несомненностью, что головной мозг является субстратом душевной, психической деятельности, связанной с ним теснейшим, органическим образом, и немыслимой без его функционирования.

Экспериментальное изучение функций головного мозга, особенно его коры, а также изучение мозгов, пораженных различными патологическими процессами, заставляет, в связи с наблюдаемыми клиническими картинами, признать, что искусственные разрушения мозговой ткани, а также нарушения ее анатомо-физиологической цельности вследствие патологических влияний обычно обусловливают расстройство полноты и правильности душевной деятельности.

Отсюда мы вправе заключить, что душевная болезнь есть болезнь головного мозга.

Однако, это общее определение представляется далеко не совершенным: оно, правда, устанавливает взгляд на душевную болезнь, как на болезнь соматическую, обобщая душевные болезни с другими заболеваниями человеческого организма, но оно слишком обще и расплывчато, а потому неправильно или, скорее, неточно. Можно указать на ряд поражений головного мозга, преимущественно, очагового характера, как, напр., ограниченные кровоизлияния в вещество мозга, размягчения вследствие закупорки приводящей артерии пристеночным тромбом или эмболом, небольшие опухоли, влекущие за собою моно- и гемиплегии чисто нервного характера, т. е. не сопровождающиеся сколько-нибудь заметным нарушением душевной деятельности.

Как показали экспериментальные и патолого-анатомические исследования, душевная деятельность есть по преимуществу функция коры мозговых полушарий; этому допущению соответствует и локализация тел невронов, нервных клеток, в сером веществе коры больших полушарий. Принимая во внимание, что очаговые поражения часто не сопровождаются расстройством душевной деятельности и что при душевных заболеваниях, действительно, чаще всего встречаются разлитые поражения мозговой коры, правильнее было бы определить душевную болезнь, как результат разлитого поражения коры головного мозга; в противоречии с таким определением находится наблюдение, что очаговые поражения головного мозга, не влекущие за собою в ряде случаев расстройств душевной деятельности, в ряде других случаев являются причиною последних; сюда относятся более или менее обширные или множественные кровоизлияния, размягчения, опухоли и нек. др. поражения.

Принимая во внимание высказанные соображения, мы считаем правильным определить душевную болезнь, как мозговую болезнь, выражающуюся или сопровождающуюся расстройством душевных отправлений больного. Это определение удовлетворяет требованиям указания на анатомо-физиологический субстрат душевной деятельности и в то же время об'единяет случаи заболеваний, обусловленных, как очаговыми, так и разлитыми поражениями головного мозга, хотя следует отметить, что, вообще говоря, разлитые поражения при душевных заболеваниях значительно преобладают. Останавливаясь на данном определении, мы пока не касаемся вопроса о происхождении болезненного поражения мозга, которое может быть как первичным, так и вторичным.

Знаменитый венский психиатр Meynert, которому принадлежит заслуга прочного установления анатомо-физиологического обоснования происхождения душевных болезней, называл душевные болезни заболеваниями переднего мозга; такое определение, сообщавшее строгие анатомо-физиологические границы поражениям, вызывающим душевные болезни, вытекало из господствовавшего учения о преимущественной локализации психических функций, особенно ассоциативной деятельности, в коре лобных долей; это учение основывалось, помимо данных экспериментальной физиологии, на том сравнительно-анатомическом наблюдении, что увеличение мозговых полушарий животных, обнаруживающих большие интеллектуальные способности, связано с увеличением массы

передних, лобных отделов полушарий. В настоящее время, когда доказано, что душевная деятельность далеко не ограничивается в своей локализации корою лобных долей, а в весьма значительной степени имеет своим субстратом и остальные обширные области головного мозга, вышеприведенное определение Meynert'a следует признать имеющим историческое значение.

Известный германский психиатр Schule[24]), признавая для своего времени единственно возможным психологическое определение душевного расстройства, определил его, как болезнь личности; ради того, чтобы подчеркнуть общепризнанную связь психической деятельности с головным мозгом, как анатомо-физиологическим субстратом, Schu1e для большей точности поясняет, что душевные болезни суть болезни личности, обусловленные мозговым поражением. Krafft-Ebing[25]), справедливо считая определение Schule лучшим психологическим определением понятия душевной болезни, обращает, однако, внимание на его неудовлетворительность, так как оно охватывает лишь приобретенные душевные заболевания, будучи неприложимым к прирожденным поражениям душевной деятельности.

В настоящее время психиатрия ушла далеко от представления о грубых анатомических поражениях, обусловливающих душевные заболевания, и мы можем себе представить болезни личности без патологического поражения головного мозга; поэтому в определении Schule указание на мозговое поражение представляется излишним. Далее, хотя изменение личности является характерным для душевных заболеваний, тем не менее оно не исчерпывает всей их клинической картины; психологическое определение не покрывает картины душевных болезней, понятие которых должно быть расширено в применении к их анатомо-физиологическому субстрату, душевные болезни суть болезни соматические и, как таковые, сопровождаются рядом физических признаков, иногда весьма характерных и обусловленных патологическим поражением того же анатомо-физиологического субстрата - головного мозга.

Вот почему определение душевной болезни, как болезни личности или патологического изменения личности, данное Schule, не может быть признано удовлетворительным.

Wernicke рассматривает душевные болезни, как следствие поражения ассоциационных или сочетательных систем больших полушарий; следствием поражения проекционных или проводниковых систем являются мозговые или нервные заболевания. Определение Wernicke могло бы удовлетворить нас, если бы “но относилось не к душевным болезням, а к расстройству только душевных процессов; когда же мы говорим о душевной болезни, то подразумеваем ее в полном об'еме, во всех ее психических и физических выражениях; кроме того, в ряде душевных болезней встречается одновременное поражение и сочетательных, и проводниковых систем.

Благодаря могучему развитию за последнее время микроскопической анатомии и физиологии головного мозга, пределов которому пока еще невозможно предвидеть, учение о душевных болезнях принимает заметный неврологический оттенок; хотя на основании всего вышеизложенного разница между т. наз. душевными и нервными болезнями представляется достаточно ясною, тем не менее обе эти области принадлежат к одной более обширной области патологии нервной системы в широком смысле слова; те и другие сближаются между собою нередко общностью симптомов и общностью патологического субстрата. Поражения нервной системы можно представить в виде длинной цепи, звенья которой соответствуют отдельным заболеваниям; один конец цепи занят душевными болезнями, другой — чисто нервными болезнями, периферических нервов и спинного мозга; болезни головного мозга располагаются ближе к средине цепи, а такие заболевания, как истерия, эпилепсия, неврастения, находятся посредине и крепко спаивают, обе половины невропатологической цепи. Приведем еще в качестве примера заболевание, известное под названием полиневрического психоза Корсакова: оно складывается из симптомокомплекса душевной болезни и множественного неврита, часто очень резко выраженного, сопровождающегося тяжелыми атрофическими параличами; такой пример и другие, иллюстрируя теснейшую связь между душевными и нервными заболеваниями, с несомненностью указывают, что каждый психиатр должен обладать основательным знанием нервных болезней, равно как и каждый невропатолог должен быть знаком с душевными болезнями; оба эти отдела патологии нервной системы связаны между собою теснейшим образом, и преподавание их двумя отдельными преподавателями оправдывается соображениями практического свойства, так как при таком преподавании выигрывает его полнота, вследствие того, что каждый преподаватель может уделять больше времени своему предмету.

Знание психиатрии необходимо каждому врачу: душевными заболеваниями осложняются роды, хирургические операции, особенно, сопровождающиеся большими кровопотерями, различные инфекционные болезни, как, напр., брюшной тиф, инфлуэнца и нек. др.; если мы не можем требовать от акушера, хирурга или терапевта определения свойства и распознавания качества душевной болезни, то мы вправе высказать пожелание, чтобы врачи умели установить самую наличность душевного заболевания и умели бы принять необходимые меры по отношению к больному до вмешательства в дело специалиста по душевным болезням. Сколько несчастий, иногда стоивших жизни людям, могло бы быть предотвращено, если бы врачи не психиатры своевременно могли принять меры по отношению к больным, болезнь которых осложнилась душевным расстройством.

Сказанное особенно важно для врачей, работающих в земстве, в уездных городах, удаленных от центров, лишенных специальных заведений для душевно-больных, а следовательно, и специалистов-психиатров. Да и в крупных центрах не всегда бывает возможно немедленно прибегнуть к помощи специалиста по душевным болезням.

Особенно важно для врача уметь установить наличность душевной болезни или доказать ее отсутствие у человека, подвергаемого судом психиатрической экспертизе; наличность душевного расстройства у человека во время совершения преступления исключает вменение учиненного деяния в вину; в гражданских же делах уничтожает юридические последствия совершенного им акта. Нельзя забывать, что от психиатрических сведений эксперта зависит правильность экспертизы, что от его заключения часто зависит приговор судей, что неумение врача доказать наличность существующего болезненного состояния может

иметь своим последствием осуждение невинного человека, не понимавшего по причине своей болезни значения и свойства своих поступков. Признание наличности душевной болезни там, где ее нет, исключая юридические последствия совершенных данным лицом гражданских сделок и актов, тем самым лишает это лицо его гражданских прав, может иметь последствием наложение на него опеки, может привести его к гражданской смерти. Нельзя не признать, что нравственная ответственность врача во всех таких случаях весьма значительна. Между тем, в положение эксперта, выясняющего на суде состояние душевного здоровья обвиняемого, часто попадает вовсе не специалист-психиатр.

Для иллюстрации сказанного можем сослаться на случай убийства председателя Вятской губернской земской управы А. М. Батуева опасным душевно-больным Шебалиным. Шебалин находился для испытания умственных способностей в Вятском заведении для душевно-больных; вопреки заключению врачей о том, что он душевнобольной, губернское врачебное присутствие признало его душевно-здоровым; Шебалин был выписан из больницы и, очутившись на свободе, убил Батуева. При освидетельствовании состояния душевного здоровья Шебалина в Окружном Суде два эксперта дали заключение в том смысле, что Шебалин душевно-больной, а другие два (хирург и терапевт) признали его душевно-здоровым; Суд согласился с мнением последних, и только благодаря Казанской Судебной Палате была восстановлена истина[26]).

Каждому понятно, насколько существенно важным представляется знакомство с психиатрией для врачей вообще и насколько крупным представляется значение этой отрасли медицины в жизни современного общества; психиатрия занимает особое положение в ряде других медицинских специальностей, так как ее задача не исчерпывается лечением и предупреждением болезней, составляющих ее содержание, но она захватывает общественную жизнь значительно шире.

Значение психиатрии вполне правильно понято и оценено в русских университетах, в которых она занимает такое же самостоятельное место и имеет такое же обязательное значение как и другие преподаваемые медицинские науки; в германских университетах кафедре психиатрии до самого последнего времени отводилось второстепенное место необязательных предметов, и лишь талантливость отдельных ее представителей и требования жизни возводили эту науку на необходимую, соответствующую ее значению высоту.

II.

Психиатрия в древности. Душевно-больные в библии: Навуходоносор, Саул. Симуляция душевного расстройства (Давид). Взгляд древних евреев на душевнобольных. Психиатрические понятия египтян, индусов, древних греков. Мифологический период. Начало научной психиатрии. Алкмеон из Кротона. Гиппократ с острова Коса и его учение. Аристотель. Асклепиад. Авл Корнелий Цельз (Celsus). Аретэй Каппадокийский (Aretaeus). Клавдий Гален (Galenus). Целий Аврелиан (Caelius Aurelianus).

Если нельзя доказать, что душевные болезни появились одновременно с возникновением на земном шаре человека, то с несомненностью устанавливается знакомство с ними в период составления самых древних книг; а так как книги эти возникли из преданий, то этим самым устанавливается наличность душевных болезней задолго до составления книг, в эпоху зарождения преданий.

Так, из библии известны два случая душевного расстройства: первый из них относится к вавилонскому царю Навуходоносору, второй — к иудейскому царю Саулу. О Навуходоносоре в книге пророка Даниила повествуется, что исполнилось на нем слово господне: он был исторгнут из круга людей и питался травой подобно волам; его тело орошалось небесной росой, пока не покрылось волосами, как у орла перьями, а ногти его отросли, как у птиц. Только через семь лет он обратил свои глаза к небу — тогда разум возвратился к нему, и он прославил творца. Он сам рассказал потом о своих страданиях.

Состояния, подобные тому, в которых находился Навуходоносор, известны были в древности под названием ликантропии; в средние века таких людей принимали за оборотней (Werwölfe, Preuss [27—28]), посвятивший много труда изучению библейско-талмудистской медицины, полагает, что Навуходоносор страдал меланхолией.

По мнению того же автора, основанному на цитатах из библии, Саул страдал приступами падучей болезни, хорошо известной древним. Он вел войну с соседями, вызвавшую осуждение пророка; Саул знал, что “его царство взято от него и отдано другому, который достойнее его”; покинутый богом, оставленный верным другом Самуилом, развенчанный в глазах народа, Саул подпал унынию и тоске — “злой дух, ниспосланный богом, внезапно овладел им”. Саул послушал совета окружающих — развлекаться музыкой: он нашел искусного цитриста в лице Давида, и когда Давид играл в его присутствии, злой дух под влиянием звуков цитры оставлял его — Саул испытывал облегчение. Однако, скоро Саул распознал в Давиде опасного соперника; страх за трон овладел им; он сделал неудачную попытку убить Давида и в неудаче усмотрел злое предзнаменование; начинается преследование Давида; в борьбе пали три сына Саула, сам он пронзил себя мечом. Принимая во внимание все указанные обстоятельства, Preuss сомневается, чтобы Саул страдал клинической формой меланхолии; он был эпилептик, подвергавшийся также эпилептическим помрачениям сознания, что очень рельефно выразилось во время его посольства к Давиду: отправившись сам за послами, он снял с себя платье и оставался нагим весь день и всю ночь и при этом произносил бессвязные речи. В связи с эпилепсией и тяжелыми обстоятельствами жизни уныние и тоска Саула, конечно, могли принимать патологический характер.

В Книге Царств описывается случай притворной душевной болезни, случай симуляции помешательства:

спасаясь от преследований Саула, Давид бежал к Гефскому царю Анхусу; но скоро здесь начала распространяться о нем молва, как о победителе Голиафа; испугавшись этого, Давид притворился безумным и обнаружил особенное, бессмысленное поведение; он царапал двери и пускал слюну по бороде. Обратив внимание на такое странное поведение Давида, Анхус спросил людей, бывших при этом: вы видите помешательство этого человека, зачем его привели ко мне? разве у меня недостаток в таких?... По легенде у Анхуса была душевно-больная дочь [*]).

Из всего сказанного видно, что среди древних евреев наблюдались случаи душевных заболеваний; можно думать, что такие случаи не были редкостью, так как помешательство даже симулировалось с очевидной целью избегнуть ответственности.

Как видно из библии и из талмуда (Preuss), древние евреи смотрели на душевную болезнь, как на результат овладения злым духом; по их представлению, уже от одного страха перед злым духом могло развиться помешательство, напр., в форме меланхолии.

Наследственность, повидимому, не была известна евреям в числе причин душевных болезней вообще, но на нее было обращено внимание по отношению к падучей; так, талмуд предписывал не брать падучной жены, падучая жены делала недействительным брак, особенно, если до свадьбы болезнь скрывалась (Preuss).

Медицина евреев находилась в руках левитов; к числу распространенных лечебных методов принадлежало изгнание посредством заклинаний нечистых духов из тела больного.

Самые древние источники медицинских знаний встречаются в египетских папирусах, переносящих исследователя за 4000 и более лет до Р. X. Изучение этих папирусов и других древних рукописей показывает, что единственными медиками Египта были жрецы; в их руках искусство лечения было далеко не научным культом, посвященным различным божествам страны; с лечебною целью применялись аллегорические лекарства, жертвоприношения, молитвы, заклинания, устраивались торжественные процессии. Нередко больные оставлялись ночевать в храмах, и большое значение в дальнейшем течении их болезни придавалось испытывавшимся ими сновидениям (инкубация), которые приписывались влиянию божества и перетолковывались жрецами. Известностью пользовался храм Imhotep'a в Мемфисе и бога Chumsa в Карнаке. Храмы Сатурна пользовались репутацией благоприятного влияния на меланхоликов. По Геродоту в Египте для каждой болезни или больного органа были особые врачи; судя по некоторым данным, необходимо допустить, что среди таких специалистов встречались врачи, лечившие душевно-больных. Знакомство греков с египетскою медициной началось со времени открытия Псамметихом египетских гаваней для иностранцев в 650 т. до Р. X.[30-31]).

Книги Веды, написанные приблизительно за 1500 л. до Р. X., дают возможность заключить, что, несмотря на хаотическое состояние медицинских сведений у индусов, у них были специалисты по различным болезням; Sprengel[*]) насчитывает восемь специальностей, одна из которых заключалась в изгнании демонов из лиц, ими одержимых.

Медицинский культ древних греков восходит к мифологическим источникам: он ведет свое божественное начало от Орфея, поэта, изобретателя религиозных мистерий, волшебных гимнов и заклинаний. Феб-Аполлон — покровитель медицины, изобретатель лечебного искусства, Эскулап; он научил медицине своих потомков, Асклепиадов; Эскулапу, однако, придается и иное происхождение: одним из выдающихся медиков был Хирон, центавр, сын Сатурна; он оставил после себя много учеников, среди которых самым знаменитым оказался Эскулап или Асклепий — потомок божества. Эскулапу посвящались храмы, напр., на Крите, в Пергаме, Пелопонесе; были храмы, посвященные Артемиде; много храмов посвящалось Гигии, сестре или дочери Эскулапа, также Пеанацее, другой его сестре. Культ Эскулапа был направлен, главным образом, на то, чтобы посредством таинственных церемоний, помещением в храмах для инкубации и др. способами овладеть воображением больных, привести их в состояние экзальтации и этим достигнуть желаемого эффекта. Особенно славился храм Эскулапа в Эпидавре.

Древние греки смотрели на душевно-больных, как на преследуемых злыми фуриями или эвменидами: примером первого рода является Аякс, страдавший приступами бешенства и бросившийся на собственный меч; примером второго рода — Орест, страдавший меланхолическим состоянием. Меланхолическим состоянием страдал кентавр Беллерофон (morbus bellerophonteus); Геркулес страдал приступами эпилептического психоза. Причина помешательства — гнев богов; выздоровление — дар умилостивленного божества.

Характер душевного расстройства царя Аркадии Ликаона, будто бы превратившегося в волка, дал повод для возникновения термина ликантропии.

Древним грекам были известны не только случаи симуляции душевных болезней, но даже случаи ее изобличения: уклоняясь от Троянской войны, Одиссей велел сказать пришедшим за ним послам, что он сошел с ума; последние, однако, пожелали лично удостовериться в этом; их привели на берег моря, где Одиссей плугом, в который были запряжены конь и бык, распахивал песчаные дюны, засевая их солью; послы положили в борозду перед плугом маленького сына Одиссея, Телемака; Одиссей бережно поднял сына и снес его в сторону; этим поступком его симуляция была раскрыта, и ему пришлось отправиться в

---

[*]) Этот эпизод приводится также Preuss'ом, а также проф. Преображенским[29]).

[*]) Sprengel, l. c, T. I., p. 79—80.

поход[**]).

Еще более замечательно описание случая, послужившего к прославлению имени Мелампа и относящегося к мифологическим временам: вследствие оскорбления статуи Геры заболели душевным расстройством три дочери Аргосского царя Протея; они превратились в коров и мычали, оглашая долины своими нечленораздельными криками; их безумие распространялось на других женщин Аргоса, которые оставляли свои семьи и нагими блуждали в лесах вместе с Протеидами. По одним источникам (Геродот) Меламп применил лечение чемерицей, по другим он заставил их пробежать 10 верст, после чего с них спала покрывавшая их шелуха; тогда он выкупал их в Анигрусе; старшая поправилась тотчас, другие же должны были еще подвергнуться таинственным церемониям в храмах.

Здесь дело идет уже об эпидемическом распространении помешательства, по всей вероятности, истерического происхождения (Morel)[30])[32]).

Той степени развития, которую можно признать носившей научный характер, медицина достигла у греков; вместе с тем у них же появляются начала научной разработки психиатрических знаний, первоначально в виде весьма отрывочных, отдельных наблюдений, а затем все в более и более систематизированной и определенной форме.

Так, за 500 л. до Р. Х. Алкмеон из Кротона один из первых провозгласил, что головной мозг есть орган ощущений и мысли; однако, он не считал его органом, поражение которого обусловливает душевную болезнь. Алкмеон был современником Пифагора, близким к учению философа, уже помещавшего разум в мозгу, а душу в сердце. Известно, что Пифагор рекомендовал своим ученикам нравственный образ жизни, умеренность и воздержание, занятия музыкой, как душевной гимнастикой, укрепляющей душу и предохраняющей ее от душевного расстройства; особенно он предостерегал от пьянства, считая его ядом для души, тропой к помешательству [30])[32-33]).

Основателем научной медицины, а вместе с тем и психиатрии, по справедливости признается Гиппократ.

Была целая семья Гиппократов, в разной мере знаменитых врачей древности; за период времени около 300 л. Sprengel насчитывает их до семи: самым знаменитым из них был Гиппократ II, являющийся предметом всеобщего внимания.

Гиппократ, сын Гераклида и Фенариты, родился за 460 л. до Р. Х. на маленьком острове Косе (нынешний Станхо), отстоящем недалеко от малоазиатского берега. Большую часть жизни он провел в Фессалии, много путешествовал, слушал афинских философов, умер в Лариссе около 370 г. до Р. Х. Как врач, лечивший душевные болезни, Гиппократ прославился исцелением македонского царя Пердикки и философа Демокрита[*]); жители Абдеры, обрадованные исцелением философа, которым они гордились, предложили врачу 10 талантов; но Гиппократ, очарованный мудрецом, отказался от гонорара.

Учение Гиппократа является древним основанием гуморальной патологии. Подобно тому, как в природе существуют четыре стихии — огонь, земля, воздух и вода, в человеческом теле находятся четыре основных жидкости: кровь, слизь, желтая и черная желчь; правильным смешением этих жидкостей (краза) обусловливается здоровье; болезни происходят от недостатка, избытка или нарушения взаимоотношения этих жидкостей; восстановление равновесия жидкостей есть восстановление здоровья. Головной мозг есть белое, губчатое, железистое образование, притягивающее влагу со всего тела, чему прекрасно способствует сферическая форма головы. Мозг — орган мыслительной деятельности, но мысли приходят в мозг при посредстве воздуха; чувства и страсти помещаются в сердце. Гиппократ первый заявил, что у душевнобольных страдает мозг, он признал их больными, подлежащими ведению и попечению врача, тогда как до него они нередко служили предметам насмешек.

В собрании сочинений, приписываемых Гиппократу, но принадлежащих ему лишь отчасти, нет систематического учения о душевных болезнях, но весьма ценные для того времени взгляды патриарха медицины черпаются из отдельных частей его сочинений.

Гиппократ часто говорит о меланхолии и мании; но эти термины не тождественны современным представлениям об этих клинических формах; соответственно учению о четырех кардинальных жидкостях, под меланхолией подразумевается расположение к душевной болезни, обусловленное преобладанием в организме черной желчи; таких людей Гиппократ называет меланхоликами; иногда же в понятие о меланхолии вкладывается содержание, близкое современным представлениям, но не очерченное так определенно, особенно в тех местах сочинений, где изображается ипохондрия. Понятие о мании еще менее определенно; хотя местами оно и приближается к позднейшему, но чаще смешивается с лихорадочным бредом или соответствует обозначению помешательства вообще, равно как и термин paranoia; встречается описание, напоминающее mania transitoria. Преходящее душевное расстройство, выражающееся помрачением сознания и бессмысленным бредом, носит название paraphrenitis; если эта форма принимает затяжной характер, то это — phrenitis; но и phrenitis нередко совпадает с понятием лихорадочного бреда. Гиппократ был, видимо, знаком с delirium tremens. Он выделял слабоумных, имбециллов, впрочем, независимо от прирожденного или приобретенного характера этого состояния; причиною слабоумия являлось затрудненное кровообращение и избыток воды в организме. Он отмечал связь эпилепсии с

[**]) См. П. А. Преображенский, 1. с.[29])

[*]) Гиппократ в сущности не исцелил Демокрита, который не был душевнобольным, а доказал его душевное здоровье

душевными болезнями, указывая, что меланхолия может переходить в эпилепсию и обратно. Гиппократ выделял людей, стоящих на границе между помешательством и здоровьем: они не душевно-больные, но раздражительны, гневливы, ворчливы или безучастны и замкнуты, их нервная система расстраивается при ничтожном заболевании (***ὑπομαινόμενοι***). От наблюдательности Гиппократа не ускользало и состояние душевной деятельности при различных заболеваниях вообще. Он обращал внимание на обманы органов чувств. Судороги — опасное осложнение помешательства, также желтуха.

Помешательство — болезнь мозга, имеющая физические причины, а не ниспосылаемая богами. В возникновении душевных болезней играет роль наследственность, душевные волнения, истощение, подавление гемороидальных кровотечений, аменоррея, большие кровопотери, роды, отравления (мендрагора, чемерица), травма, старческий возраст.

Гиппократ смотрел на душевные болезни, как на излечимые в большинстве случаев. В качестве лечебных мероприятий он рекомендовал покой тела и духа, диэту, ванны, холодные обливания, легкий моцион и легкую гимнастику, рвотные и слабительные; из лекарственных веществ особенно охотно применялась чемерица и корень мендрагоры (при меланхолии и стремлении к самоубийству) [30-34-36]).

Аристотель (384—323 г. до Р. X.), уделявший внимание и изучению душевных болезней, находился под сильным влиянием Гиппократа; однако, гений Аристотеля оставил заметный след в этой области: знаменитый философ определеннее и отчетливее выделил учение о прирожденных и приобретенных состояниях душевного расстройства, он удивительно тонко подметил наклонность эпилептиков к жестокости; по его словам, люди, одержимые эпилептическим психозом, могут совершать ужасные деяния, напр., матереубийство, поедать человеческое мясо и т.д. Понятие о меланхолии также начинает несколько дифференцироваться, но еще далеко не достаточно, так как под меланхолией подразумеваются различные состояния, связанные с черной желчью; по Аристотелю меланхолики выше (одареннее) других людей по своей природе[31-33]); Soury видит в этом замечании Аристотеля результат его наблюдения, что высокоодаренные натуры нередко носят черты невропатии, что впоследствии особенно выдвигал Lombroso[*]).

Асклепиад из Прузы в Вифинии, современник Цицерона, не дал отчетливого описания картин душевных заболеваний; он первый предложил лечить душевно-больных влиянием на их психику посредством музыки; при этом веселая и приятная фригийская музыка рекомендовалась для угнетенных, мрачных больных, тогда как серьезная и протяжная музыка считалась полезною при шумливых и веселых патологических состояниях. Далеко не исключая мер стеснения для возбужденных больных, Асклепиад советует в то же время не забывать других лечебных мероприятий, как ванны, кровопускания [**]) [30-32]) [36]).

Живший в I и II в. по Р.X. Авл Корнелий Цельз (Celsus), уроженец Рима или Вероны, относится к числу крупных медицинских авторов. Ему принадлежит деление душевных болезней на три класса: 1) Phrenitis — острое лихорадочное заболевание, отличающееся от бреда при лихорадке; сюда же относится, повидимому, известный Цельзу острый бред, delirium acutum позднейших авторов. 2) Хронические болезни, зависящие от влияния черной желчи и протекающие безлихорадочно. 3) Галлюцинаторные и бредовые формы. Особенно широко разработано Цельзом лечение душевнобольных: он развивает психотерапию, ведущую начало от Асклепиада, рекомендуя лечение убеждением, разумными занятиями (чтение книг); отказывающихся от пищи водит на пиры; одним он советует светлые помещения, для других темные; меры стеснения показаны лишь для самых возбужденных больных. При хронических формах — кровопускания, питание, промывательные, моцион, движение, нравственный покой, ободряющее слово, рассказы, игры. Рвотные и слабительные, особенно при галлюцинаторных формах. Советует перемену климата на время болезни и по выздоровлении годовое путешествие [32]) [36]).

Нельзя обойти молчанием Аретэя из Каппадокии (Aretaeus), жившего при Домициане, во второй половине I в. по Р. X.; его биография осталась, к сожалению, неизвестной, но о нем можно судить по дошедшим до нашего времени его сочинениям. Sprenge1[***]) считает Аретэя прекрасным наблюдателем, давшим систематические описания различных заболеваний; по отношению же к описаниям душевных болезней, сделанным этим замечательным автором, следует признать, что его наблюдательность граничит с гениальностью; его описания полны, кратки и в то же время детальны: они содержат ряд таких наблюдений и выводов, прочное установление и развитие которых считается приобретением последнего времени; описания Аретэя производят такое впечатление, как будто автор в качестве специалиста-психиатра изучал душевно-больных в условиях не существовавшей в его время больничной обстановки. К сожалению, в учении о происхождении душевных болезней Аретэй почти всецело держится взглядов Гиппократа, к горячим поклонникам которого он принадлежит. Аретэй дает описания эпилепсии, меланхолии, мании и описание острых душевных расстройств при соматических болезнях, phrenitis, острого лихорадочного заболевания.

Связь между эпилепсией и душевными болезнями, упоминаемая Гиппократом, находит у Аретэя дальнейшее развитие: в связи с эпилепсией может развиваться возбуждение, доходящее до неистовства,

---

[*]) J. Soury[36]), p. 224.

[**]) Sprengel[30]), II.

[***]) Sprengel[30]), 1. c, T. II., p. 82—87.

печальное настроение, тупоумие. Описание клинических картин меланхолии и мании соответствует впервые позднейшим представлениям об этих заболеваниях. Автору известны осложнения и неблагоприятные исходы меланхолии, а именно, неизлечимость, исход в слабоумие при хроническом течении болезни; последнее отмечается им впервые; при меланхолии и мании очень часто наблюдаются рецидивы; меланхолия может переходить в манию; есть меланхолики, обнаруживающие, несмотря на свое подавленное состояние, гневливость и раздражительность, но они все-таки остаются меланхоликами; меланхолия может быть началом и частью мании, при выраженной мании может быть основной меланхолический тон, наблюдается переход от меланхолии к экзальтации. Меланхолия — болезнь зрелого возраста, мания чаще наблюдается в юности. Эти две болезни, меланхолия и мания, имеют одну общую причину (сухость)[*])[37]) [30-31]) [33]) [36])

Каждый психиатр, который прочтет приведенное изложение взглядов Аретэя, конечно, согласится, что современное учение о маниакально-депрессивном психозе, вытекающее из клинических сочетаний меланхолического и маниакального состояний, сближающее и роднящее эти состояния, рассматривавшиеся долго, как самостоятельные формы, является в сущности результатом запоздалой разработки наблюдений, отчетливо и ясно запечатленных Аретэем Каппадокийским почти за девятнадцать веков до нашего времени [38]).

Знаменитый врач древности Клавдий Гален (Galenus) из Пергама, современник Марка Аврелия, Коммода, Септимия Севера, жил с 131—200— 210 г. по Р. Х.; его значение велико, как анатома, уделившего много времени и изучению центральной нервной системы; головной мозг по Галену — местопребывание разумной души; аффекты (гнев, храбрость) локализируются в сердце, желания в печени. Принадлежа к школе пневматиков, Гален признает основою жизни пневму (***πνεύμα***), которая вырабатывается и приносится в мозг кровью; здесь она находится, преимущественно, в желудочках, приводится в движение дыханием и по нервам растекается по организму. Glandula pinealis является привратником, выпускающим пневму из среднего желудочка в четвертый и далее. Несмотря на то, что до нас дошло свыше восьмидесяти медицинских сочинений Галена, в них не оказалось стройных и связных психиатрических учений. Душевные болезни разделяются Галеном на острые и хронические; к первым относится лихорадочный бред, phrenitis, отличающийся от лихорадочного бреда и приближающийся к менингиту (Falk), и lethargus — заболевание, видимо, с органическими симптомами и ступором; к числу вторых принадлежит меланхолия, которая может быть первичным мозговым поражением или вторичным, если она развивается в связи с поражением внутренних органов живота (hypochondria); мания не выделяется так отчетливо, как у Аретэя, а к ней относится помешательство со спутанностью и явлениями ребячливости (moria), а также безумие, слабоумие. Гален первый высказался о первичном и вторичном характере душевных заболеваний[**]) [30-33]) [39-41]).

После Галена прошло не мало времени до появления врача, существенно подвинувшего учение о душевных болезнях; такой явился в лице нумидийца Целия Аврелиана (Caelius Aurelianus) из Сикки, жившего в конце IV или начале V в. по Р.Х. Этот автор первый освободился от влияния гиппократовской теории о кардинальных жидкостях; он особенно подчеркивал ошибочность взгляда, что душевные болезни суть болезни "души", а не тела, по его мнению, они представляют собой такие же телесные страдания, как и другие болезни; еще ни один философ, говорит Целий, не мог вылечить душевной болезни, а различные соматические симптомы обычно предшествуют проявлению душевного расстройства. Целий внимательно изучил клинические картины душевных заболеваний, ему было хорошо знакомо влияние эпилепсии на психику больных, он продолжал развивать учение о мании и меланхолии и других душевных заболеваниях, он обратил внимание на необходимость дифференциального распознавания, при чем придавал значение характеру пульса. Особую заслугу Целия Аврелиана следует также видеть в его наставлениях по уходу за душевно-больными и обращению с ними. Он рекомендует помещать больного в умеренно светлую, теплую и тихую комнату; не следует вешать на стены картин; лучше, если окна расположены выше обычного, чтобы больной не мог выпрыгнуть из окна; кровать укрепляется и располагается так, чтобы вид входящих в комнату лиц не раздражал больного; народа, особенно чужих, должно быть возможно меньше; служителя не должны противоречить бреду больных, чтобы не огорчать их и не укреплять бреда; даже сильно возбужденных больных не следует связывать на продолжительное время, так как это усиливает возбуждение больных; побои недопустимы, они ожесточают больных; возбужденных больных следует удерживать руками одного или нескольких служителей, смотря по надобности; рекомендуется при этом щадить больного; руки служителя мягче веревок. Выздоравливающим больным полезны прогулки, разговоры, чтение, театр, упражнения в риторике, игры; но все эти меры надо применять с осторожностью, индивидуально, не утомляя больных, помня, что умственное и телесное переутомление одинаково вредны[31-32]) [42]).

Нельзя не признать, что предписания Целия об уходе за душевно-больными отличались значительной гуманностью, особенно ценной в древние, суровые времена; некоторые из указанных им мер не утратили своего значения и до настоящего времени; к числу таких мер принадлежит совет Целия Аврелиана

---

[*]) Аретэй, признававший теорию гиппократовских жидкостей, видел в "сухости" причину этих болезней.
[**]) Sprengel[30]), 1. с, Т. И., р. 96—125. Гезер[31]), 1. с. стр. 79—91. Falk[32]), 1. с., S. 507—519. Soury[33]), 1. с, р. 259—309.

укладывать душевнобольных, не исключая возбужденных, в постель.

Психиатрия древних, как видно из всего сказанного, успела достигнуть известной степени развития; она находилась на правильном пути, и можно было ожидать, что учение о душевных болезнях будет быстро и успешно развиваться. Однако, наступление христианской эры, падение Римской империи и тяжелые времена средневековья затормозили развитие науки, изменили ее направление; многое из старого было забыто, и прошло много лет, прежде чем психиатрия, как будет видно из дальнейшего изложения, снова вступила на правильный путь.

III.

Время Христа. Бесноватость и одержимость, причины ее возникновения; сосредоточение больных в монастырях; невежество и грубый мистицизм. Возникновение одержимости и ее разновидности. Описание соблазнения демоном. Обязанности, налагавшиеся демоном. Шабаш. Отношение к одержимым. Жанна Дарк. Распространение демономанических эпидемий. Суд над колдунами и ведьмами. Ордалии. Пытки. Борьба с эпидемиями одержимости. Примеры. Лудэнская эпидемия. Пример заклинания. История Grandier. Постепенное прекращение демономанических эпидемий. Роль Карла Великого и Людовика XIII. Іоанн Вир. Происхождение демономанического бреда душевно-больных и сходство этого бреда у различных лиц.

Насколько редки упоминания о душевно-больных в библии, настолько часто они встречаются в евангелии; здесь душевно-больные известны под именем бесноватых и одержимых.

Preuss*) согласно Harnak'у полагает, что вера в демонов чрезмерно развилась потому, что люди лишились опоры в виде сильной, хотя и наивной, оффициальной религии, подавлявшей эту веру; язычество уже рухнуло, а христианство еще не встретило оффициального признания. Нельзя не считаться и с другими причинами, которые могли способствовать развитию указанного явления, как религиозный под'ем начала христианской эры (Tylor), чудеса христианства, увеличившие суеверия (Siebold), эпидемическое распространение демономанических состояний (Magnus); несомненно, влияло и то обстоятельство, что раз появились источники исцеления, около них начали группироваться и жаждавшие исцеления больные, привозившиеся родственниками и близкими лицами; появились события — появилась и молва о них, конечно, преувеличивавшая самые события; о бесноватых и одержимых заговорили.

Вера в одержимость злыми духами, демонами, существовала в древние времена; в библии, в книге Левит, упоминается об одержимости Пифоном или духом ясновидения; можно было бы привести немало и других примеров; на ряду с этим в древности были врачи, высказывавшие правильные взгляды на душевно-больных. С развитием и укреплением христианства взгляд на душевно-больных, как на одержимых демонами, укоренился чрезвычайно прочно, получил всеобщее распространение и признание; этому особенно способствовало то обстоятельство, что уход за больными и лечение их сосредоточились в монастырях, в руках невежественного духовенства; в науке господствовало теологическое направление, черпавшее об'яснение даже явлений природы из священных книг и различного рода мистических соображений.

Одержимость могла возникать различным образом: демоны по собственной инициативе вселялись в людей, удалившихся от бога и религии; люди сами вступали в связь с демонами; одержимость или порча насылалась на людей посредством особых приемов колдовства со стороны лиц, вошедших в сношения с демонами, колдунов и колдуний. Различалась по представлению средних веков пассивная и активная бесоодержимость; в первом случае инициатива, соблазнение, исходило со стороны демона, во втором — со стороны одержимого (по Ca1meil — demonopathie и demonolatrie); наблюдались еще случаи зооантропии (sooanthropie), выражавшиеся в идеях способности превращения в животных — сов, кошек, волков и др.

По средневековым источникам, основанным на показаниях самих одержимых, соблазнявший демон, пользуясь своею способностью к превращению, представал перед соблазняемыми в самых различных личинах. Так, Св. Антонию дух мрака являлся в виде молодой девушки, ребенка, пустынника; полчища демонов устремлялись на него под видом медведей, тигров, львов, змей, быков и волков; он слышал их свист, мычанье, скрежетанье челюстей, они кусали и бодали его, но луч божественного света исцелял святого, и ангелы сатаны бежали. Св. Мартину сатана являлся в пышном одеянии, в диадэме, сверкавшей драгоценными камнями. По весьма распространенному описанию, приводившемуся колдуньями на суде, демон-соблазнитель являлся под видом молодого человека в белом платье, в черной бархатной шапочке с красным пером, или в роскошном камзоле, осыпанном драгоценными камнями. Он предлагает будущей ведьме всевозможные земные богатства, молодость, могущество; он показывает ей груды золота; для того, чтобы исполнились все обещания демона, соблазняемая должна была отречься от бога, от таинства крещения и отдаться сатане душой и телом. В случае согласия, демон об'являл ведьме свое имя, всегда самое обыкновенное, а не из тех библейских имен, которыми наделяли его демонологи; он крестил ведьму, давал ей какое-либо имя и прикасался к какому-либо месту ее тела — к руке, лбу, за ухом и т. д., накладывая «печать диавола», вследствие чего это место становилось нечувствительным. В знак принятия ведьмы в царство преисподней тут же составлялся договор, писавшийся собственной кровью, а демон ставил на нем когтем свой знак. Нередко демон обманывал ведьму, и после его ухода оказывалось, что оставленные им золото и драгоценные камни превратились в прах и мусор. Заключив договор, ведьма обязана была во всем

---

*) Preuss [28]) , S. 360—361

повиноваться демону и творить всяческое зло людям, бранить бога, посвящать детей сатане, умерщвлять их до крещения, преступать законы природы, вступать в половую связь с демонами, являвшимися в виде инкубов женщинам и в виде суккубов колдунам; посредством волшебных порошков, полученных от диавола, ведьма должна была губить людей, а рассеивая порошки по полям, уничтожать их плодородие, насылать проливные дожди и град. Самой колдунье жилось не легко: демон терзал ее без пощады, при малейшем недовольстве ею подвергая ее жесточайшим судорожным приступам. Колдуньи должны были в числе других обязанностей воспитывать и пасти жаб, так как из смеси пены этих животных с толчеными костями мертвецов приготовлялся вредоносный порошок колдуний.

От соблазнения демоном не застраховывали ни пол, ни возраст: описаны случаи соблазнения восьмилетних детей и взрослых мущин. Судорожные приступы захватывали таких одержимых при самой разнообразной обстановке — дома и на улице, во время общественных празднеств и во время церковной проповеди.

В назначенное, сатаною время колдуньи и колдуны обязаны были посещать шабаш, устраивавшийся обычно в удаленном и пустынном месте, на вершине горы (Брокен в Гарце, некоторые пункты Шварцвальда), на кладбище, около развалин замка или монастыря, вокруг виселицы. Для полета на шабаш нужно было намазать тело мазью, в состав которой входила печень некрещенных детей и наркотические вещества — паслен, мендрагора и белладонна, обладающие свойством вызывать галлюцинации. Затем ведьма садилась верхом на помело и через трубу вылетала из дома, направляясь на шабаш; иногда за нею прилетал кто-либо из демонов, и она отправлялась на нем верхом. На шабаше происходил культ поклонения диаволу: судя по описаниям современников, приводимым со слов душевно-больных, мнимых участников шабаша, судя по художественным изображениям Tenier'a и особенно Sprenger'a (Malleus Maleficarum), сатана, сидевший на троне, занимал центральное место шабаша; чаще всего у него были козлиные голова и ноги, громадный хвост и крылья, как у летучей мыши; но нередко он выглядел иначе; прибывавшие на шабаш прежде всего совершали поклонение сатане; далее начинались всевозможные беснования и неистовства, сопровождавшиеся дикими плясками, в которых иногда принимал участие и сам хозяин шабаша, даже подыгрывавший на скрипке; после танцев происходило пиршество, за которым поедалось много жаб, трупов, печеней и сердец некрещенных младенцев.

Во время шабаша происходит представление сатане новых колдунов и колдуний. Шабаш заканчивается служением черной обедни, заключающей в себе профанацию религии; аббат Lorente, очевидец демономанической эпидемии в Наварре в Испании, развившейся в 1610 году, и Delancre так описывают черную обедню: служит сам сатана, стоя на черной кафедре, в короне из рогов: присутствующие целуют ему руку, ногу, левый бок, anus и жезл; обедня продолжается до полночи, до пения петуха; 6—7 диаволов являются помощниками, прославляется сатана, поклоняются ему задом; присутствуют в алтаре, выносят св. дары; еще раз прикладываются к указанным выше местам, при чем один из помощников поддерживает хвост; заканчивается обедня всеобщим свальным грехом, в котором не последнюю роль играет содомия. По окончании шабаша все его участники возвращаются домой, снабженные соответствующими инструкциями; при этом они нередко превращаются, с целью незаметно проникнуть к себе домой, в кошек или собак[*]).

От теологического взгляда на душевно-больных, как на лиц одержимых нечистой силой, заключивших с нею союз на зло людям, вытекло и отношение к ним в ту мрачную эпоху: начиная с XV века, костры инквизиции запылали по всей Европе, освещая ее своим кровавым заревом в продолжение приблизительно трех столетий. Высокие умы XVI в. были всецело исповедниками указанных взглядов, сюда принадлежали Fernel, Bodin, Lelayer, Boguet и даже знаменитый Ambroise Pare , из сочинений которого не мало заимствовали Ca1mei1[44]), Regnard[45]) и Richer[46]), посвятившие много труда изучению рассматриваемого вопроса.

Известно обширное сочинение, под названием Malleus Maleficarum (Sprenger, Nideret Barth, de Lepine), посвященное рассмотрению всевозможных вопросов демономании; в 1597 г. Gasman опубликовал ангелографию, в которой ангелы и демоны были разделены на классы, подсчитаны, поименованы и характеризованы. Демонологами насчитывалось свыше 7 миллионов демонов; имена Вельзевула, Асмодея, Дагона, Магога, Астарота и др. встречались часто, а самые демоны изображались на рисунках.

Первая колдунья, славное имя которой сохранилось в истории, была сожжена во Франции в 1431 году в Реймсе; она была обвинена в сношениях с диаволами; этой жертвой инквизиционного костра была спасительница своего отечества — Орлеанская дева, Жанна Дарк, впоследствии канонизированная католическою церковью.

Демономанические эпидемии быстро распространились в западной Европе, принимая характер народного бедствия; трудно сказать, сколько народа погибло в «священных» кострах инквизиции, несомненно, однако, что количество погибших смело может соперничать с числом погибших в кровопролитных войнах того времени; по вычислению Boguet, судьи в Бургундии, во Франции при Карле IX было до 300.000 одержимых; судья выражал желание, чтобы все эти одержимые, рассеянные повсюду, как черви на фруктовых деревьях, соединились в одно гигантское тело, которое можно было

[*]) Легенды о превращениях с различными вариантами очень хорошо списаны Андерсоном[43]).

бы сжечь на костре сразу. В одном округе Treves на протяжении нескольких лет погибло на эшафоте 6500 жителей, обвиненных в сношениях с демонами. Лютер и Melanchton горячо верили в демонов [*]).

При таком ужасном, повальном распространении одержимости нечистой силой папа Иннокентий VIII, достойный сын своего времени, издал в 1484 г. знаменитую буллу, призывавшую к самой энергичной и беспощадной борьбе с ведьмами и колдунами. Как производился суд над этими несчастными людьми, видно из сочинения Boguet сжегшего свыше 1000 одержимых; он рекомендует не придерживаться строго по отношению к ним обычных юридических форм; простого подозрения достаточно для оправдания их ареста; если обвиняемая опускает глаза, то это серьезная улика; пытка разрешается даже в праздники; если общественное мнение указывает на обвиняемую, как на колдунью, то она действительно колдунья; показания могут давать и малолетние; приговор может быть справедливым, несмотря на отсутствие доказательств, если человек навлек на себя подозрение. Одна колдунья созналась в том, что вырыла недавно погребенного ребенка и с'ела его; муж осужденной требует проверки факта; в разрытой для этого могиле находят труп ребенка в полной неприкосновенности; но судья об'являет, что вырытый труп лишь простая иллюзия, произведенная хитростью демона, и женщина сожигается заживо.

В некоторых странах, особенно в Германии, были распространены испытания водой ордалии: связанную колдунью бросали в воду; если она погружалась, это указывало на ее невиновность, если оставалась плавать, удерживалась на воде, то это доказывало ее виновность, и ее сжигали.

Громадное значение придавалось испытанию стилетом, при помощи которого разыскивались «печати диавола», нечувствительные места; нахождение «печати» предрешало исход судебного процесса, но приговору еще предшествовали ужасные пытки, имевшие целью сознание подсудимых и выдачу их соучастников; понятно, что при этом сплошь и рядом оговаривались первые пришедшие на память лица. Пытки отличались разнообразием и виртуозной жестокостью: применялись «испанские сапоги», при чем ноги пытаемых помещались между двумя пилами или досками, и между ногой и доской загонялись клинья до раздробления костей; применялись дыба и сечение, «деревянная кобыла» в виде трехгранного бревна, на грань которого сажали пытаемого, привязывая тяжелые гири к его ногам; охватывали шею железным ошейником с шипами внутри и постепенно сжимали его, поджаривая в то же время ноги жертвы огнем и т. д.

Несмотря на все ужасы пыток и страх перед казнями, эпидемии одержимости распространялись с такою силою, что в начале XVI ст. папа Юлий II приказал инквизиции усилить репрессии по отношению к лицам, исповедывавшим культ диавола, а папа Адриан VI подтвердил буллу Иннокентия VIII и Юлия II и приказал братьям св. Доминика искоренить в Ломбардии всех колдунов; в результате этого приказа в одном округе Комо в течение нескольких лет сжигалось ежегодно до 1000 колдунов и колдуний, преимущественно, последних.

Ряд эпидемий заслуживают упоминания по своей распространенности и своеобразию.

В 1431 г. в окрестностях Берна и Лозанны несколько сот людей были обвинены в сношениях с диаволом и в пожирании детей; большая часть их были сожжены после того, как некоторые под влиянием пыток признались в своей вине.

В 1484 г. в Констанце или Равенсбурге было сожжено 48 человек, сознавшихся в колдовстве, да еще обвинивших себя в сношениях с инкубами.

С 1491—1494 г. продолжалась демономаническая эпидемия в монастыре de Cambrai; монахини бегали собаками, порхали птицами, карабкались кошками, предсказывали будущее; поминовение их за обедней в Риме не принесло пользы, пока не была заключена в тюрьму монахиня Jeanne Pothiere, относительно которой выяснилось, что она находилась в связи с диаволом с 9-ти лет и продолжала эту связь в монастыре.

Колдуньи Ломбардии превращались в животных, особенно в кошек, высасывали кровь у детей; по ночам они собирались на шабаш под председательством диаволицы, белой сивиллы. Они сами рассказывали про свои похождения. Одна колдунья заявила, что отправится на шабаш при всех, среди бела дня, если ей позволят намазаться мазью; она намазалась, упала как мертвая, пролежала несколько часов, а в это время была свидетельницей всего происходившего на шабаше.

Описываемые эпидемии свили себе прочные гнезда в монастырях и воспитательных заведениях; таких эпидемий описано множество. В числе других Wier описывает эпидемии в монастыре Kintrop (в 1552 г.) и в Кельне (1564 г.), при чем участницы последней эпидемии были признаны им больными.

В 1573 г. парламент дал разрешение в Dole устроить охоту на волчьего оборотня (loup garoux); была организована грандиозная облава, при чем поймали некоего Gilles Garnier, который, страдая ликантропией, бегал на четвереньках и прятался в виноградниках; его обвинили в убийстве четырех крестьян и в поедании их мяса; его сожгли.

---

[*]) Sprenge 130), T. III., 221—283.

Несчастных жгли сотнями: в 1577 г. было сожжено около 400 в Haut-Languedoc; в 1598—1600 г. в аббатстве Saint-Claude в Jura Boguet казнил до 600 ликантропов. В 1609 г. демономаническая эпидемия, развившаяся в Пиренеях, в окрестностях Bayonne, захватила одних детей до 2000 ч.

Довольно большая эпидемия бесоодержимости наблюдалась с 1628 — 1631 г. в Мадриде в монастыре бенедиктинок; из 30 монахинь заболело 25; в судорогах и конвульсиях больныя заявляли, что они одержимы демоном Перегрино; три года монастырский духовник Garcia безуспешно боролся с эпидемией, пока сам не был обвинен инквизицией в заключении союза с демонами; монахини были разосланы по разным монастырям, и эпидемия прекратилась.

Особенного внимания заслуживает по своему типичному возникновению, течению и мерам, принимавшимся по отношению к одержимым и мнимым виновникам этой одержимости, эпидемия в монастыре урсулинок в Лудэне, продолжавшаяся с 1632—1639 г. В числе урсулинок было много лиц знатного происхождения: настоятельницей была аристократка Jeanne de Belfiel, в числе простых сестер находилась, напр., Claire Sazilli, родственница кардинала Richelieu, и др. Настоятельнице начал являться призрак покойного приора монастыря, аббата Moussaut; он беспокоил ее нехорошими словами и бесстыдными ласками; после того, как монахиня рассказала об этом другим сестрам, болезнь приняла эпидемический характер, и весною 1632 г. хворало уже 16 сестер; экстаз эротического характера овладевал ими ночью и днем, при чем они блаженно говорили о браках с ангелами и херувимами: больных охватывали страшные конвульсии, во время которых они извивались и корчились, огибались дугою, прикасаясь пятками к затылку, кричали на разные голоса, называли демонов, ими владевших, точно определяя место их пребывания в теле, называли лица, их испортившие. M-me Belfiel была одержима семью демонами, a Sazilli восемью; их имена, выкликавшиеся одержимыми, были Асмодей, Левиафан, Исаакарон и др. Левиафан находился внутри лба, Бегерит в желудке, Валаам справа под вторым ребром и т. под. Настоятельница во время припадков говорила, что ее околдовал, поднося ей розы, аббат Grandier, который пользовался в той местности большой популярностью, как даровитый проповедник и образованный человек своего времени; говорили, что Grandier посещает обитель каждую ночь, проникая туда сквозь стены.

Молва о лудэнских урсулинках распространилась повсюду; в 1635 г. монастырь посетил герцог Гастон Орлеанский, брат Людовика XIV; заклинатели, отцы Сюрен, Транкиль и Лактанций, производили при нем заклинания и доставили ему случай наблюдать конвульсии; во время заклинания сам отец Сюрен подвергся припадку одержимости; монахини в судорожных приступах извивались кольцом, принимали всевозможные позы, богохульствовали, бегали по церкви, высовывали язык; они повторяли имя Grandier. Однако, архиепископ бордооский приказал оставить Grandier в покое и лечить монахинь. Это решение не понравилось советнику Richelieu Лобардемону, который поехал в Париж и вернулся оттуда с полномочием начать следствие против чародея Grandier и постановить над ним окончательный приговор без права апелляции в парламент и на имя короля. Такое отношение к Grandier об'яснялось тем, что незадолго до этого времени Лобардемон приезжал в Лудэн с поручением кардинала срыть лудэнские укрепления; эта мера вызвала оппозицию, к которой принадлежал и Grandier; ему приписывали даже составление памфлета против кардинала; Лобардемон воспользовался случаем свести старые счеты со своим противником. Grandier был немедленно заключен в тюрьму. За установлением его виновности дело не стало, но не хватало сознания обвиняемого. Его также подвергали заклинаниям.

Авторы, писавшие об этой эпидемии, приводят отрывок из книги отца Іосифа, одного из заклинателей, принимавших деятельное участие в изгнании демонов (экзорцизм) из лудэнских урсулинок; этот отрывок, воспроизводимый здесь полностью, прекрасно изображает сцену заклинания.

«Однажды настоятельница (M-me de Belfiel) пригласила отца отслужить молебен св. Іосифу и просить его защиты от демонов на время говения. Заклинатель немедленно выразил свое согласие, не сомневаясь в успешности чрезвычайного молитвословия, и обещал заказать мессы с той же целью в других церквах; вследствие этого демоны пришли в такое бешенство, что в день поклонения волхвов (сочельник) стали терзать игуменью. Лицо ее посинело, и глаза уставились в изображение лика богородицы. Был уже поздний час, но отец Сюрен (Surin) решился прибегнуть к усиленным заклинаниям, чтобы заставить демона пасть в страхе перед тем, кому поклонялись волхвы. С этой целью он ввел одержимую в часовню, где она произнесла массу богохульств, пытаясь бить присутствующих и во что бы то ни стало оскорбить самого отца, которому, наконец, удалось тихо подвести ее к алтарю. Затем он приказал привязать одержимую к скамье и после нескольких воззваний повелел демону Исаакаруму пасть ниц и поклониться младенцу Иисусу; демон отказался исполнить это требование, изрыгая страшные проклятия. Тогда заклинатель пропел Magnificat, и во время пения слов Gloria Patri и т. д. эта нечестивая монахиня, сердце которой было действительно переполнено злым духом, воскликнула: «Да будет проклят бог отец, сын, св. дух, св. Мария и все небесное царство!» Демон еще усугубил свои богохульства, направленные против св. девы, во время пения Ave Maria Stella, при чем сказал, что не боится ни бога, ни св. девы, и похвалялся, что его не удастся изгнать из тела, в которое он вселился. Его спросили, зачем он вызывает на борьбу всемогущего бога. «Я делаю это от бешенства», ответил он, «и с этих пор мы с товарищами не будем заниматься ничем другим». Затем он возобновил свои богохульства в еще более усиленной форме. Отец Сюрен вновь приказал Исаакаруму поклониться Иисусу и воздать должное как св. младенцу, так и пресвятой деве за богохульственные речи, произнесенные против них. Исаакарум не покорился. Последовавшее вслед затем пение Gloria послужило ему только поводом к новым проклятиям на св. деву. Были сделаны еще новые попытки, чтобы заставить демона Бегемота покаяться и принести повинную Иисусу, а Исаакарума повиниться перед божией матерью, во время которых у игуменьи появились столь сильные конвульсии, что пришлось отвязать ее от скамьи. Присутствующие ожидали, что демон покорится, но Искаарум, повергая ее на землю, воскликнул: «Да будет проклята Мария и плод, который она носила!»

Заклинатель потребовал чтобы он немедленно покаялся перед богородицей в своих богохульствах; но, извиваясь по земле, как змей, и облизывая пол часовни в трех местах, он все отказывался, пока не возобновили пения гимнов. Тогда демон стал извиваться, ползать и кружиться; он довел свое тело (M-me de Belfiel) до выхода из часовни и здесь, высунув громадный, черный язык, принялся лизать каменный пол с отвратительными ужимками, воем и ужасными конвульсиями. Он повторил то же самое у алтаря, после чего выпрямился и, оставаясь на коленах, гордо посматривал, как бы показывая вид, что не хочет сойти с места; но заклинатель, держа в руках св. дары, приказал ему отвечать. Тогда выражение лица его исказилось и стало ужасным, голова откинулась совершенно назад, и послышался сильный голос, произнесший как бы из глубины груди: «Владычица, прости мне все мои богохульства!»

Находившийся в тюрьме Grandier просил разрешения лично изгнать демонов из урсулинок; ему дали разрешение, и в церкви св. Креста было устроено торжественное собрание, на которое после соответственных молитвословий привели одержимых. При виде Grandier, произносившего заклинания ими овладело такое бешенство, они так накинулись на него, царапали и били его с такою яростью, что присутствующие вынуждены были скорее отвести его обратно в тюрьму. Собрался суд и, об'явив Grandier виновным в чародействе, приговорил его к публичному покаянию в одной рубашке, с непокрытой головой и с веревкой на шее; дальше должно было последовать сожжение, но предварительно несчастному предстояло подвергнуться пытке.

Пытка была выполнена при следующих условиях.

Прежде всего надо было найти на теле пытаемого «печать диавола»; к чести врачебного сословия надо заметить, что Лобардемон не мог найти ни одного врача, который добровольно выполнил бы это; тогда он арестовал одного из них; врач не нашел необходимого клейма; тогда ему было приказано вырвать Grandier ногти, чтобы убедиться, нет ли клейма под ними; врач наотрез отказался исполнить это и со слезами умолял священника простить его; приступили к «испанским сапогам»; при первом же ударе молотком по загонявшемуся клину кости пытаемого переломились, он потерял сознание, но когда пришел в себя, то заявил, что он невиновен в чародействе; палач со слезами показал ему четыре клина, которые еще предстояло вогнать в его тело, но Grandier сказал ему: «друг мой, всаживай их хоть целую охапку». В тело Grandier было забито еще восемь клиньев, и когда палачу не удавалось вогнать еще два, то это сделали сами капуцины Лактанций и Транкиль. Лобардемон приказал прекратить пытку, продолжавшуюся уже три четверти часа. В тот же день осужденного повезли на казнь среди громадного стечения народа; вокруг костра была устроена эстрада для зрителей. Палач посадил священника на костер, и ему был прочитан приговор. Чтобы воспрепятствовать обычному задушению казнимого перед сожжением, что было обещано и Grandier, монахи завязали узлы на веревке; они били священника распятием, но он все-таки не сознавался; тогда зажгли костер, но узлы на веревке помешали палачу задушить мученика, и он был сожжен заживо. По рассказу современников, над костром взвилась в небеса стая голубей.

Казнь Grandier, конечно, не привела лудэнскую эпидемию к окончанию; напротив, эпидемия распространилась далеко за пределы монастыря, способствуя появлению новых эпидемий в других местах; только расселение монахинь по разным монастырям с течением времени прекратило эпидемию.

Меньше чем через год после казни Grandier подпали влиянию демонов отец Лактанций, Транкиль, заклинатель Сюрен, хирург, искавший «печать диавола», и офицер, руководивший казнью.

Демономанические эпидемии господствовали не только в западной Европе, они охватили и северные страны; так, напр., в 1670 г. в Швеции в деревне Mohra провинции Elfdalem по обвинению в колдовстве и порче было сожжено более 70 взрослых и 15 детей; остальные обвиняемые (около 100) отделались более легкими наказаниями.

Можно было бы привести множество чрезвычайно интересных примеров демономанических эпидемий, но интересующиеся найдут их в выше указанных сочинениях.

Лишь весьма постепенно утихали демономанические эпидемии, их демооманический характер постепенно вырождался с развитием просвещения, тем более, что и отношение к ним со стороны окружающих постепенно изменилось, а вместе с тем уменьшились и те кровавые гекатомбы, которые являлись неизменным их спутником. В этом отношении крупная заслуга принадлежит Іоанну Виру (Wierus, 1515—1588) [*]), лейб-медику герцога Вильгельма IV; этот доблестный муж смело боролся против смертных приговоров мнимым колдунам и колдуньям, доказывая, что это душевно-больные люди, которых нужно лечить; он совершенно независимо высказывал исключительный для своего времени взгляд, что единственным наставником ведьм является их собственная фантазия, что смешно верить во вред, причиняемый ведьмами и т. д.[47]).

Однако, несмотря на то, что Карл Великий еще в 805 г. запретил подвергать сожжению на костре за ведовство, казни продолжались даже в XVII ст. Франция много обязана Людовику XIV, который указом 1662 г. передал все дела о колдовстве и ведовстве общим судам; этот государь обнаружил замечательную твердость, отказавшись подписать в 1670 г. смертный приговор 17-ти осужденным руанским парламентом в Нормандии во время развившейся там обширной эпидемии одержимости; в ответ на это парламент

---

[*]) Haeser, 1. c.[31]), стр. 235.

представил целый трактат, мотивировавший приговор и настаивавший на казни, но Людовик остался непреклонным.

Тем не менее, еще в 1749 г. медицинский факультет в Вюрцбурге присоединился к теологическому, (присудившему одну колдунью к смертной казни; еще в 1782 г. в Гларусе, в Швейцарии, была приговорена к смертной казни колдунья.

Из всего приведенного ясно, что об'ектом преследования со стороны духовенства, инквизиции и правительства были больные люди, страдавшие истерией в ее различных проявлениях и другими формами душевных болезней; по мнению Snell'я[48]) и нек. др. авторов, в числе этих больных было немало меланхоликов, параноиков, маниаков; эти больные страдальцы и мученики сами обвиняли себя, сплошь и рядом с большими подробностями рассказывая судьям, искавшим у них «печати диавола», анестезированные области, о своих сношениях с демонами и полетах на шабаш. Откуда же брали больные материал для таких нелепых рассказов, и почему содержание их бреда носило демономанический характер? Чем обусловливалось сходство бреда больных?

Идеи, занимающие общество известной эпохи, входят, конечно, и в содержание мышления лиц, заболевающих душевным расстройством; эти идеи входят и в состав бреда больных; в одних случаях они возникают и развиваются самостоятельно, в других же, встречая хорошо подготовленную почву, распространяются путем индукции, путем внушения, передаваясь другим лицам; развивается психическая эпидемия.

Так, во времена Галена больные высказывали мучившее их бредовое опасение, что небесный свод раздавил Атласа, не выдержавшего его тяжести, и раздавит его, больного[*]). В средние века под влиянием господствовавших в обществе идей распространились демономанические эпидемии — аналогичный бред вырабатывался самостоятельно и распространялся путем индукции.

В XIX и XX столетиях, в века пара, электричества, рентгеновских лучей и других великих изобретений и открытий, эти последние дают обильную пищу бреду больных, черпающих из этого материала не менее, чем средневековые больные черпали из демономанических представлений своей эпохи.

IV.

Взгляд на душевно-больных у славян. Связь между названиями душевных болезней и представлениями о их происхождении. Представления о происхождении душевных болезней. Свидетельства древних сказаний и повестей. Порча; примеры. Блаженные, юродивые; каженники. Связь с нечистой силой, колдовство и ведовство. Оборотничество: огненные змеи. Полеты на шабаш. Грамота игумена Памфила; Серапион Владимирский; грамота 1648 г. Наказания за ведовство. Самосуды; суды и процессы; меры против колдовства и чародейства.

Хотя взгляды на душевно-больных и отношение к ним в славянских землях, и в частности в России, в старое время во многом сходны с тем, что было изложено относительно западной Европы, однако, эти взгляды и отношения обнаруживают и некоторые особенности, почему и заслуживают самостоятельного изложения. Много ценных сведений по этому вопросу заключается в сочинении Афанасьева “Поэтические воззрения славян на природу”[49]). Из этого замечательного сочинения видно, что самые названия душевных болезней у славян нередко указывают на соединенное с этими болезнями представление о карающем божестве; напр., название “ƅoza moc”, “божья немочь”, “божье”, “бешенство”; одержимых приступами “беснованья”, неистовства и помешанных вообще называли “божевольными” и “божегнев-ными”, что свидетельствует о древнейшем взгляде на душевную болезнь, как на проявление божьей воли и божьего гнева[*]).

С другой стороны, имеются несомненные доказательства, что душевные болезни рассматривались и как проявление силы нечистых духов, демонов; так, словом “игрец” обозначается истерический припадок, кликушество и обозначается диавол; слова “беснованье” и “бешенство” обозначают состояние, обусловленное вхождением демона в человека; слово “икота” обозначает болезненный припадок и обозначает человека, одержимого бесом; даже ядовитое влияние растений, вызывающих припадки душевного расстройства, славяне об'ясняли действием нечистой силы, называя эти растения “бесово молоко” (Euphorbia), “бешеная вишня” (Atropa Belladonna) и др.

По свидетельству народных сказаний, бес, вселяясь в жен и дев, отнимает у них ум, слух и зрение, повергает их в бешеное, исступленное состояние и заставляет испытывать самые мучительные страдания.

Весьма характерные данные находятся в официальном показании шуян, относящемся к 1666 году: “то намъ вѣдомо: Шуи посаду Яковъ Григорьевъ скорбѣлъ икотою и внѣ ума былъ весь и всячески отъ нечистаго духа ... а Василий Несмѣяновъ скорбѣлъ отъ нападенія нечистаго духа и его исцѣлила Богородица, какъ сталъ молебствовать. А про Иванову жену..... Марѳу слышали мы отъ сосѣдей, что она одержима была нечистымъ духомъ и ее исцѣлила пресв. Богородица въ церкви на праздникѣ своемъ — въ литургію въ большой выходъ...” В 1670 году шуяне подали новое показание, в котором заявили:

---

[*]) Falk, 1. c,[32]), S. 516.

[*]) См. также у Высоцкого[50]).

“пріѣзжаютъ въ Шую къ чудотворному образу пресв. Богородицы Смоленскія со многихъ городовъ и уѣздовъ всякихъ чиновъ люди молиться, мужескій и женскій и дѣвичь полъ, и тѣ скорбные люди..... въ божественную службу мечтаются всякими кознодѣйствы”.

В повести о бесноватой жене Соломонии (XVII в.) рассказывается, что однажды ей послышалось, “аки пріиде нѣкто ко храминѣ; она же возста отъ ложа своего и отверзи дверь и пахну ей въ лицо, и въ ума, и во очи, аки нѣкоторый вихорь велій, и явися аки пламя нѣкое огненно и сине..... И бысть во всю ночь безъ сна; пріиде на нее трясеніе и великій, лютый ознобъ, и въ третій день она очюти у себѣ во утробѣ демона люта, терзающа утробу ея, и бысть въ то время во изступленіи ума отъ живущаго въ ней демона”. Здесь виден уже способ, которым вселяется демон.

Всякое телесное страдание и всякое тревожное чувство приписывались порче “недобрых людей”, их завистливой мысли, оговору, сглазу и называлось “напускной тоской”. Злые духи насылаются на человека колдунами или колдуньями на срок или навсегда. Сами больные, разделяя то же убеждение, во время, напр., припадков кликушества**) выкликают имена лиц, подозреваемых ими в напускании порчи. Еще всего около ста лет т. наз. подобные обвинения приводили к судебным розыскам. Так, очень интересное дело в этом отношении сообщает Максимов (“Год на Севере”); это дело было решено в пинежском уездном суде в 1815 году: крестьянин Михайло Чухарев был обвинен в порче икотою своей двоюродной сестры Офимьи Лобановой, и ту Офимью, сказано в прошении, теперь злой дух мучит. Чухарев показал на допросе, что действительно насылал порчу на свою двоюродную сестру, а научил его тому крестьянин Федор Крапивин; чара совершается так: снявши с себя шейный крест, должно нашептывать на соль; наговорную соль следует бросить на дорогу или вообще на то место, которым должен проходить осужденный на икоту. Суд приговорил Чухарева к тридцати пяти ударам кнутом и к публичному церковному покаянию. Тот же автор передает рассказ о девке-икотнице, в которой сто бесов живут и гложут.

По народному убеждению, все, что выкрикивают бесноватые и кликуши, внушено им поселившимися в их тело демонами; потому им приписывается способность предсказывать будущее. Душевно-больные, одержимые божественным духом, назывались блаженными, юродивыми, и в их слабоумной и бессмысленной болтовне искали пророческих вещаний; так смешивались в нравственно-религиозном представлении славян представления душевной немощи с даром духовного предвидения и высших откровений.

Помешательство также об'яснялось на Руси проказами леших: человек, которого обошел леший (овеял вихрем), является “каженником”, искаженным, теряет смысл и память; белоруссы думают, что сходит с ума тот, над кем пролетел злой дух.

Лица, вступившие в связь с нечистой силой, приобретали чудесную власть; они назывались ведьмам знахарями и знахарками, колдунами, чародеями, кудесниками, волхвами, вещими жонками, чаровницами, смотря по местности; к ним прибегали в нужде, но они же несли ответственность за общественные и частные бедствия. По народному убеждению всякий колдун и всякая ведьма заключали с диаволом договор, продавали ему свои грешные души, отрекаясь от бога и вечного блаженства; договор скреплялся распиской, написанной собственной кровью; существует много рассказов о том, как и при каких обстоятельствах это происходило; по заключении договора колдуны и ведьмы должны были творить людям всяческое зло; умирали они в страшных мучениях, при чем душа их до тех пор не могла покинуть тела, пока их не переносили через огонь или пока они не передавали кому-нибудь своего знания. Вредя людям, они насылали на них порчу, болезни; портили также скот, задаивали коров до смерти, скрадывали с неба дождь и росу, вызывая засуху, насылали дождь и бурю; так, напр., в 1552 г. во время осады Казани татарские колдуны и колдуньи, стоя на стенах, махали одеждами на русское войско и насылали на него буйные ветры и проливные дожди.

Демоны вступали в физическую связь с людьми; так, в вышецитированной повести о бесноватой Соломонии рассказывается, как “въ девятый день по брацѣ, по захожденіи солнца, бывши ей въ клѣтцѣ съ мужемъ своимъ на одрѣ.... внезапу видѣ Соломонія демона, пришедша къ ней звѣрскимъ образомъ, мохната, имущи когти, и ляже къ ней на одръ; она же вельми его убояся — иступи ума .... и съ того же дня окаянніи демоны начаша къ ней приходить, кромѣ великихъ праздниковъ, по пяти, и по шести человѣческимъ зракомъ, якоже нѣкоторіи прекрасніи юноши, и тако нападаху на нее..... людямъ же ничто же видвѣшимъ сего”.

Еще с глубокой древности колдуньям и ведьмам приписывалась способность оборотничества, превращения, особенно, в волков-оборотней, вурдалаков, вовкулаков. Человека-вовкулака легко узнать по шерсти, растущей у него под языком. Историк Татищев рассказывает, что он “не весьма давно отъ одного знатнаго, но неразсуднаго дворянина слышалъ, якобы онъ самъ нѣсколько, времени въ медвѣдя превращался, что слышащіе довольно верили”. В другом месте Татищев говорит: “въ 1714 г. заѣхалъ я въ

**) О кликушестве см. соч. Н.В. Краинского “Порча, кликуши и бесноватые, как явления русской народной жизни”[51]).

Лубны къ фельдмаршалу графу Шереметьеву и слышалъ, что одна баба за чародѣйство осуждена на смерть, которая о себѣ сказывала, что въ сороку и дымъ превращалась, и оная съ пытки въ тому повинилася. Я хотя много представлялъ, что то неправда и баба на себя лжетъ, но фельдмаршалъ нимало мнѣ не внималъ". После долгих увещаний баба созналась, что наклепала на себя, не стерпев мучительной пытки, что она собирает только лечебные травы; казнь была отменена, и знахарку сослали в монастырь.

В оборотней превращаются также души детей, умерших некрещенными и осужденные вечно блуждать, не ведая покоя. Оборотни и лешие похищают детей, которые становятся также лесовиками, если их не освобождают во время молебствиями, если же дети, освобождаются, то они остаются слабоумными, обнаруживают много странностей.

Ведьмы и колдуны катаются огненными шарами, превращаются в огненых змеев: змей-смок, по представлению болгар, сосет коров и женщин, высасывая у них вместе с молоком кровь, заползает в них во время сна на ниве; являясь к ним огненным змеем, оборачивается молодцом неслыханной красоты и вступает с ними в связь; эта связь сопровождается развитием любовной тоски, от которой жертва сохнет и изводится; так было, напр., с сербской Царицей Милицей.

По представлениям славян, ведьмы могли пользоваться людьми для ночных полетов, превращая спящих людей в коней; в это время спящие испытывали страшную тяжесть. Но большею частью полеты, необходимые для участия в шабаше, совершались верхом на метле или граблях. Чтобы приобрести способность полета, ведьма мажет себе ноги, плечи и подмышками волшебной мазью, в состав которой входит трава тирлич, или обрызгивает себя водою, вскипяченною вместе с пеплом от купальского костра. Русские ведьмы носятся также по воздуху в ступе (олицетворение тучи). Три раза в год (на Коляду, при встрече весны и в ночь на Ивана Купалу) ведьмы слетаются на шабаш; у малороссов шабаш происходит на Лысой горе, лежащей на левой стороне Днепра у Киева, хотя Лысых гор насчитывается до пятнадцати; у чехов и словенов шабаш происходит на Бабьих горах (в Карпатах), у литовцев эту роль выполняет Шатрия (в Шавельском уезде). На шабаше ведьмы встречаются с нечистыми духами и с самим диаволом, поклоняются ему, заводят бесовские игрища и потехи и всякие бесчинства. Представление о происходящем на шабаше совпадает у славян с представлением западной Европы. Подражая действиям ведьмы перед ее полетом на шабаш, можно и обыкновенному человеку побывать на шабаше; так сделал в Малороссии один солдат. Аналогичный же рассказ есть у сербов; этими рассказами воспользовались некоторые писатели для своих произведений (Гоголь, Пушкин, Мережковский)[*]).

До чего была распространена вера в чудодейственную силу волхвов и кудесников, видно из того, что Стоглавый собор обратил на это внимание и издал указ, в котором угрожал волхвам и чародеям царскою опалою, а тем, кто прибегнет к их помощи, отлучением от церкви.

Известна грамота игумена Памфила, относящаяся к 1505 г.; он осуждает чародейство, восстает против собирания трав и кореньев, сопровождаемого диавольскими заклинаниями, на пагубу человечеству и скоту, на безумие мужам; но видно, что автор сам не чужд веры в силу чародейства.

Еще значительно раньше (XIII в.) обращался с укором к современникам Серапион Владимирский, восставая против непогребения удавленников и утопленников, которых даже вырывали из могил как виновников засухи и неурожаев; но осуждая такие меры, сам Серапион не отвергал возможности колдовства. Неоднократно и позднее восставало духовенство против описываемых суеверий, но это приносило мало пользы при низком уровне культурности того времени. Мало действовали и царские грамоты, как напр., грамота 1648 и 1649 г., особенно вооружавшаяся против скоморошества и "отреченных книг" (Астролог, Астрономия, Звездочет, Рафли, Волховник, Аристотелевы Врата и пр.); но самый факт появления соответствующих указов является доказательством сильного распространения зла, с которым признавалось необходимым бороться.

В России и в большей части славянских земель никогда не было таких обширных эпидемий бесноватости, как это известно относительно западной Европы, не было и такого ужасающего количества пыток и инквизиционных костров, но тем не менее было с чем бороться. Константиновский[62]) об'ясняет это тем, что русское духовенство отклонило от себя преследование одержимых, определив над ними только духовный надзор, как видно из дел собора 1551 года.

Тем не менее осужденных за ведовство жгли, топили, живыми зарывали в землю, нередко вместе с черным петухом, с черной кошкой, атрибутами колдовства; верили, что при этой процедуре злой демон исторгался из тела казненного и удалялся в загробный мир. Прибегали также для обнаружения ведовства к испытаниям водой, как в западной Европе: если испытуемая тонула, ее извлекали из воды и отпускали, а если она оставалась плавать, то признавалась виновной и подвергалась казни.

В 1024 г. в Суздале появились волхвы, возмущавшие народ обвинением, что старухи "держат гобино" (обилье), что этим вызван голод; старух убивали; Ярослав казнил волхвов.

В 1071 г. два волхва в Ярославле настолько успешно вели аналогичную проповедь, что население выдавало на избиение своих матерей и жен, скрывая волхвов.

С лицами, заподозренными в ведовстве и колдовстве, нередко расправлялись самосудом. Так, из сравнительно недавнего прошлого есть указание, относящееся к 1839 году, что одна помещица утопила во

[*]) О "превращениях" см. также у Андерсона[43]).

время засухи женщину, признанную ею за ведьму. Гуцулы[**]) топили ведьм в 1827 г., этот обычай был известен и в Сербии. Приблизительно в это же время, по уверению Даля, в Малороссии была сожжена ведьма. Весьма поучительно содержание письма, посланного графу Тышкевичу в Литве его управляющим и относящегося к половине XVIII столетия: “Ясновельможный пане! съ возвращающимися крестьянами доношу, что съ Вашего позволенія сжегъ я шесть чаровницъ; три сознались, а остальныя нѣтъ. Двѣ изъ нихъ престарѣлыя, третья тоже лѣтъ пятидесяти, да къ тому же одиннадцать дней онѣ всѣ просидѣли у меня подъ чаномъ, такъ вѣрно и другихъ заколдовали. Вотъ и теперь господская рожь въ двухъ мѣстахъ заломана. Я сбираю теперь съ десяти костеловъ св. воду и буду на ней варить кисель; говорятъ, непременно всѣ колдуны прибѣгутъ просить киселя; тогда еще будетъ мнѣ работа. Вотъ и г. Эпернети, по нашему примѣру, сжегъ женщину и мужчину ... этотъ несчастный ни въ чемъ не сознался, зато женщина созналась во всемъ и съ великимъ отчаяніемъ пошла на тотъ свѣтъ”. Сожжение ведьм и колдунов засвидетельствовано многими старинными памятниками. В Грузии при всяком общественном бедствии хватали подозрительных старух, истязали их в присутствии князей и духовенства, выпытывая сознание. Еще в 1834 г. в Грузии во время бывшего там неурожая кукурузы в некоторых деревнях бросали колдунов в воду или вешали их на деревьях, поджигая каленым железом. Такие народные самосуды, в виде убийства или потопления ведьмы, возможны и по настоящее время в глухих местностях России; да и в западной Европе известен случай, относящийся к 1865 г., когда “святые мужи”, секта, основанная сапожником Фойгтом, уговорили двух матерей убить своих детей под предлогом, что дети были одержимы злым духом[52]).

Вообще говоря, обвинения против колдунов и ведьм возникали всякий раз, как только страну постигали общественные бедствия, как голод, болезни, пожары и др. Как видно из изложенного, такие лица часто погибали от народного или княжеского самосуда: так пропал в одну ночь волхв, предсказывавший в 1091 г. в Киеве, что Днепр через пять лет потечет вспять, так в 1091 г. погиб волхв в Ростове; известен случай с волхвом, которого убил новгородский князь Глеб: князь подошел к волхву, спрятав под одеждою топор, и спросил его, знает ли он, что теперь должно совершиться? На ответ волхва, что теперь он сотворит великие чудеса, князь выхватил топор и убил волхва, неожиданная смерть которого разуверила толпу в пророческом призвании волхва.

Но бывали и суды над чародеями, против них велись процессы. Еще церковным уставом св. Владимира “вѣтьство, зелейничество, потвары, чародѣянія, волхованья” отнесены к ведомству духовного суда. Обычною карою за указанные преступления было сожжение; сожигались музыкальные инструменты и книги, сожигались и колдуны и ведьмы.

Так, в 1227 г. в Новгороде, по сказанию летописца, на Ярославовом дворе были сожжены четыре волхва; сначала их привели на архиепископский двор, а сожгли на Ярославовом. В 1411 году псковичи сожгли двенадцать вещих жонок, повидимому, в связи с распространившейся на Руси моровой язвой. Князь Можайский сжег за волшебство мать Григория Мамона. По словам Котошихина, мужчин за богохульство, церковную татьбу, волховство, чернокнижничество и ереси сжигали живых, а женщинам за те же преступления отсекали голову. Из следственных дел XVII в. видно, что за ворожбу и чародейство большей частью наказывали ссылкой в дальние места и заключением в монастырь. В грамоте, данной царем Феодором Алексеевичем на учреждение в Москве славяно-греко-латинской академии, сказано, что если окажутся там учителя от церкви возбраняемых наук, “наипаче же магіи естественной” и др., то они и ученики их “яко чародеи безъ всякаго милосердия да сожгутся”; чародейные книги их также должны были сжигаться. В 1497 г. Иоанн III “опалу наложилъ на жену свою на великую княгиню Софію о томъ, что къ ней приходили бабы съ зеліемъ; обыскавъ тѣхъ бабъ лихихъ, князь великій велѣлъ ихъ казнить — потопити въ Москвѣ-рѣкѣ нощію”. Неплодная Соломония, жена Василия Иоанновича, безрезультатно обращалась к колдунам; по словам Курбского, женившись впоследствии на молодой, великий князь сам прибегал к чародеям, в результате чего жена родила ему двух сыновей, из которых один был прелютый и кровопийца, а другой без ума и без памяти и бессловесен. Известно, как едва не погибла в 1547 г. вся семья Глинских, обвиненных в учинении пожара Москвы путем волхования кн. Анны Глинской. По обвинению в сношениях с ведьмами был предан Грозным жесточайшим пыткам огнем кн. Михаил Воротынский, вскоре погибший. В 1584 г., в последние дни жизни, Грозный приказал собрать до шестидесяти чародеек; когда они предсказали царю смерть, он приказал их сжечь, и только смерть царя помешала этому сожжению.

Во время следствия об убиении царевича Димитрия было показание, что у Михайлы Битяговского была “юродивая жоночка” и хаживала к царице Марье “для потехи”, и как царевичу приключилась смерть, царица Марья приказала ту жонку отыскать и убить за то, что царевича она портила, а Нагой велел убить Битяговского за то, что будто бы он добывает на государя и государыню ведунов и хочет их портить; между этими ведунами назван был некий Мочалов; его было предписано сыскать и в оковах привести в Москву с великим бережением; дальнейшая его судьба неизвестна.

Не избежал обвинения в колдовстве Феодор Никитич Романов; его и братьев пытали и сослали в отдаленные места. Василий Шуйский для надобности колдунов вырезывал сердце из живых коней и плод из беременных женщин.

[**]) Гуцулы или хуцулы - русское племя, живущее в Карпатах, в восточной Галиции, Венгрии и Буковине. Гуцулы от других русских племен отличаются наружностью, обычаями и нарядами, говорят одним из малорусских наречий; занимаются преимущественно скотоводством. — Энциклопедический словарь. Изд. Брокгауза и Ефрона. Спб. 1893 г., т. IX. А., стр. 947.

Интересен приказ Михаила Феодоровича в 1633 г., которым запрещалось под страхом смертной казни покупать у литовцев хмель, так как в Литве, по словам лазутчиков, баба-ведунья наговаривает на хмель с целью навести на Русь моровое поветрие.

Процессы о вынутых травах, кореньях, заговорных письмах и других волшебных снадобиях и способах порчи составляли в XVII в. самое обыкновенное явление и сплошь и рядом заканчивались сожжением обвиняемых “въ срубѣ”. Если обвиненный не доживал до казни, погибая от пытки, или, как было, напр., в 1643 г. с неким Брыкуном, предупреждал казнь самоубийством, то его труп все-таки сжигался рукой палача.

Очень часты были жалобы в напущении икоты; обвиняемых также пытали и жгли, той же участи подвергались и оговоренные ими; эти обвинения существуют, особенно на севере, и до настоящего времени, но не влекут за собою прежних последствий.

Не обходилось без порчи и на свадьбах, даже на царских, так, в 1345 г. подверглась порче жена Симеона Гордого Евпраксия, невеста Михаила Феодоровича Мария Хлопова и жена его, княжна Долгорукова, первая невеста Алексея Михайловича Всеволожская. Подобные обвинения сопровождались указанными последствиями.

Обвинениями в порче нередко пользовались ради интриг, желая отстранить влиятельное лицо от царя; так, напр., было поступлено с известным бояриным Артамоном Сергеевичем Матвеевым, обвиненным в чародействе и заточенным.

По обвинениям душевно-больных подвергались дознанию оговоренные ими лица, сами же больные судились, как здоровые, за те проступки, в которых они нередко сами себя обвиняли, и были присуждаемы к различным наказаниям до смертной казни включительно.

Хотя первый случай врачебной психиатрической экспертизы относится к 1690 г., но он представляет явление эпизодическое; самая экспертиза имела последствием помещение лица, внушавшего сомнение в состоянии умственных способностей, в монастырь, вместо смертной казни*).

Еще в воинском уставе 1716 г. за чародейство угрожалось наказанием шпицрутенами или сожжением. В 1726 г. были представлены к ректору Гедеону для увещания и вразумления иеродиакон Прилуцкого монастыря Аверкий, У которого нашли волшебные письма, и дворовый человек Василий Данилов, обвиненный в сношениях с диаволом, по наущению которого похитил золотую ризу с образа богородицы.

Наконец, в 1750 г. возникло дело о сержанте Тулубьеве, обвинявшемся в совершении любовных чар. Консистория определила: лишить Тулубьева сержантского звания и сослать его на покаяние в Енисейский монастырь, а брак Ирины с Дунаевым (пострадавшее от чар лицо) расторгнуть; как блудница, Ирина должна бы подлежать монастырскому заключению, “но понеже она навращена къ тому по злодѣянію того Тулубьева чародѣйствомъ его и присушкою, а не по свободной волѣ, — для такихъ резоновъ отъ посылки въ монастырь ее освободить”.

Сожжений по приговору суда в это время уже не встречается, но самосуды, заканчивающиеся казнями, как видно из вышеизложенного, встречаются еще долго.

Правительство в XVIII в. уже противодействует вышеизложенным влияниям; так, в 1715 г. Петр I издал приказ, по которому кликуши обоего пола должны были приводиться для розыска, действительно ли они больны, или нарочно накидывают на себя порчу. В 1770 г. в Яренском уезде Вологодской губернии несколько баб и девок притворились кликушами и по злобе на разных лиц начали оговаривать их в порче; оговоренные под плетьми признали себя чародеями и чародейками; за такое невежество сенат отрешил городские власти от места (в сенат были доставлены личинки обыкновенных мух, через которые будто бы напускалась порча), а кликуш за их ложные обвинения присудил к наказанию плетьми, да и впредь подобных кликальщиц предписал наказывать и оговорам их не верить.

Однако, реформы Петра Великого и влияние западной Европы в его царствование не могли исправить суеверного невежества, так как и сама западная Европа в этот период времени была им заражена в значительной степени. Лишь во второй половине XVIII в. мощное развитие просвещения принесло в этом отношении крупные плоды. В России благотворное влияние европейской науки, смягчившее нравы, и вместе с тем укрепление правильных взглядов на душевно-больных началось со времени царствования Екатерины II.

V.

Появление здравых понятий о душевных болезнях. Указы Карпа Великого и Людовика XIV. Протесты против казней душевно-больных XVII в. и научная разработка психиатрии. Возникновение призрения душевно-больных. Бедлам. Заведения для душевно-больных на континенте. Появление частных лечебниц для душевнобольных. Отношение к больным в специальных заведениях и их содержание; источники дохода. Лечение. Реформа призрения душевно-больных. Pinel. Система no-restraint; ее распространение. Начало организации призрения душевно-больных в России. Устав св. Владимира. Роль монастырей. Уложение 1669 г. Указ Петра I в 1723 г.; его отмена в 1727 г. Указ Петра III в 1762 г. Указ Екатерины II в 1762 г. Основание лечебниц для душевно-больных в С.-Петербурге и Москве. Устав приказов общественного призрения в 1775 г. Первые заведения для душевно-больных в славянских землях. Начало преподавания психиатрии в России. Первая кафедра и первые профессора; первая клиника.

---

*) См. у Лахтина[72]).

Здравые понятия о душевных болезнях и вытекавшие из них правильные взгляды на душевно-больных, так систематически научно развивавшиеся в древней психиатрии, восстановились не скоро; лишь постепенно проникали они в сознание общества, и даже сознанием образованной его части научные представления о душевно-больных, как о больных, а не об одержимых и порочных людях, овладели не скоро, лишь с течением времени.

Конечно, и в XIV и XV в. теологи допускали возможность помешательства, обусловленного не внедрением злых духов, а порочным состоянием мозга, но случаи признания такого состояния далеко не были частыми.

Так, инквизитор Nider, один из творцов Malleus Maleficarum, рассказывает, что в Кельне был человек, который испытывал такое состояние, будто его тело стало двойным; он излечился от этого при помощи врача; одна дама уже четыре года считала себя одержимой демоном, но призналась под влиянием убеждения Nider'a, что у нее меланхолическое расположение; один человек высказывал идею, что он раскололся; его болезнь унаследовал его сын. Все эти лица, по мнению писателя-инквизитора, были действительно душевно-больными.

Ликантроп Roulet, присужденный смерти в Angers в 1598 г., по распоряжению парижского парламента был помещен в заведение для душевно-больных[*]).

Можно было бы привести еще немало аналогичных примеров, но все это лишь отдельные случаи, указывающие на просыпавшееся правильное отношение к душевно-больным, но отнюдь не на установившуюся традицию.

Выше (гл. III) уже было упомянуто, что еще Карл Великий издал указ, запрещавший сжигать на кострах за ведовство, но этот указ давно и основательно был забыт; Людовик XIV указом 1662 г. передал все дела о колдовстве и ведовстве общим судам. Эти акты, конечно, имеют важное значение в истории психиатрии, но несравненно большее значение следует признать за развитием просвещения и научной медицины.

В XVI ст. громадная часть душевных и нервных заболеваний не только не различалась надлежащим образом, а чаще всего душевнобольные сжигались на кострах (Calmeil)[**]). Поэтому можно лишь с обожанием произносить имена Ponzinibius, A1ciat, мужественного Wier'a, Pigray, Jean-Baptiste Porta, Montaigne, протестовавших против казней в то время, когда за свой протест они сами могли поплатиться жизнью. Ponzinibius обратил главное внимание на преступный характер юстиции по отношению к душевно-больным; A1ciat не побоялся напасть на инквизитора, казнившего в Piémont множество галлюцинантов; он открыто заявлял, что это больные люди, требующие лечения; о заслугах Wier'a уже говорилось выше; это был чрезвычайно образованный человек для своего времени, много путешествовавший и много видевший; в Феце и Тунисе он изучил тайны магии и разоблачал лиц, выдававших себя за кудесников; протестуя против казней душевно-больных, он написал, по выражению Sprengel'я [***]) бессмертную книгу (De daemonum praestigiis et incantationibus) против престижа демонов, направленную, главным образом, против знаменитого Malleus Maleficarum; в этом сочинении Wier так стеснил власть диавола, что ему почти ничего не оставалось делать в душевной патологии. В таком же приблизительно направлении высказались и другие вышеприведенные авторы (J.B. Porta , Montaigne.)

XVII в., век таких гениев, как Bacon, Descartes, Pascal, Leibnitz, Newton, не мог пройти бесследно и для психиатрии; здесь можно с чувством большого удовлетворения назвать имена Bai11ou, Plater, Lepois, Sylvius, Sennert, Willis, Zacchias; все эти авторы, правда, не вполне еще отрешаясь от господствовавших в их время демономанических тенденций, распространяли в своих сочинениях здравые понятия о помешательстве, об'ясняя его развитие, подобно классическим авторам, физическими, естественными причинами. Sennert, Willis, Boerhave и др. с успехом разрабатывали анатомию и физиологию нервной системы; Zacchias первый начал систематическую разработку вопросов судебной медицины; в своих сочинениях он, между прочим, подчеркивал, что множество душевно-больных женщин были совершенно неосновательно обвинены в одержимости нечистой силой [*]). Felix Plater, немец по происхождению, профессор в Базеле, написал много работ по патологии и в частности по патологии нервной системы; он уделил много внимания изучению аффективных состояний; с его именем связываются первые попытки классификации душевных расстройств; в его сочинениях видно стремление установить правильные взгляды на природу и лечение душевных болезней; он восстает против принудительных мер и усиленно рекомендует психическое лечение больных. Хотя Plater об'яснял душевные болезни физическими причинами и хотя он смотрел на них, как на помешательство (Mentis alienatio), а не как на заблуждение (Mentis aberratio), подобно теологам, тем не менее это не мешало ему, отдавая дань времени, признавать одержимость демонами (daemonum obsessio). Впоследствии взгляды P1ater'a будут изложены подробнее. На ряду с чисто физическими причинами душевных болезней plater, как и другие писатели его времени, весьма существенное значение придавал психическим, моральным влияниям в развитии помешательства.

В XVII ст., когда едва начали вырабатываться правильные взгляды на душевно-больных, конечно, не

---

[*]) Calmeil, 1. c.[44]), p. 119-124, 336-394.

[**]) L c. [44]), p. 163-217.

[***]) Sprenge1, 1. c, [30]), T. III., p. 221-283.

[*]) Calmeil, 1. c. [44]), p. 357-425, Sprengel, 1. c. [30]), T. III., p. 124-283, Sour y, 1. c.[30]), T. I. p.. 371-453-457.

могло быть речи об организации их призрения. Однако, уже с VI ст. монахи у христиан запада, применяя медицину, как дело благотворения, занимались и преподаванием медицины, особенно со времени указа Карла Великого в 805 г.**), основавшего ряд медицинских школ при монастырях; в числе больных, призревавшихся в монастырях, были и душевно-больные. Есть основание предполагать, что первые приюты для душевно-больных были основаны арабами в Феце и Каире еще в VII ст.; в Каире же был устроен «дом мудрости» для принятия всякого рода ученых; таким образом, эти гнезда арабской культуры при постоянных сношениях христиан с мусульманскими странами послужили первоначальными образцами при устройстве заведений для душевно-больных в Европе. Заведения для душевнобольных развивались весьма постепенно и вмещали лишь ничтожную часть больных; часть же больных, признанных таковыми и не могших оставаться на свободе, просто размещалась по тюрьмам, в которых они приковывались цепями к стенам на ряду с преступниками.

Первое крупное заведение для душевно-больных появилось в Ирландии при монастыре Вифлеемской божией матери, еще в XV в.; собственно, монастырь с госпиталем были основаны в 1247 г., но в XIV ст. госпиталь был закрыт из политических соображений; уже в XV в., а может быть и раньше, в этом монастыре были душевно-больные; в XVI ст. там был уже довольно значительный приют, получивший сокращенное название Бедлама, но лишь через три столетия, а именно в 1751 г., было открыто официальное заведение для душевно-больных в Лондоне (госпиталь св. Луки). В Европе заведения для душевно-больных начали устраиваться не без влияния примера мусульман, проникшего сюда благодаря частым сношениям с ними монахов различных орденов; в 1409 г. монах ордена de la Merci Joffre Gilavert основал первый приют для душевнобольных в Валенсии, в Испании; были построены приюты и в других городах Испании (в Сарагоссе в 1425 г.), откуда они распространились сначала в Италию (Бергамо, Флоренция и Рим в 1548 г.), потом во Францию ***)†) (в 1660 г. больные помещались в Париже в Hôtel Dieu) и в другие государства. Так, в Гамбурге и Франкфурте на М. спокойные больные помещались в особые заведения и содержались там, по мнению Гезера ††), не слишком бесчеловечно.

Из хронологического сопоставления приведенных данных с вышеописанным отношением к душевно-больным в те же периоды времени видно, что указанные приюты явились отдельными оазисами, вокруг которых рекой лилась кровь несчастных больных. Начало же организованного призрения и лечения Душевно-больных относится ко второй половине XVIII и к началу XIX ст., когда число специальных заведений для душевнобольных заметно увеличилось; к этому времени относится учреждение во Франции крупных заведений, как Bicêtre (бывшая тюрьма), Salpêtriére, Charenton. В конце XVIII и начале XIX ст. появились и частные заведения для душевно-больных; так, в Англии они были устроены Arnold'ом и Perfect'ом, учениками Cullen'a*), в Австрии первое частное заведение было основано Bruno Hörgen'ом в Gumpendorf'e в 1819 г. [54])

**) Sprengel, 1. c[30]), T. II., p. 344-353.

***) Krafft-Ebing, 1. c.[4]), стр. 55. Дополнение Черемшанского.

†) Константиновский [64]), стр. 690 и 740.

††) Гезер, 1. c.[31]), стр. 176.

*) Гезер, 1. c.[31]), стр. 465.

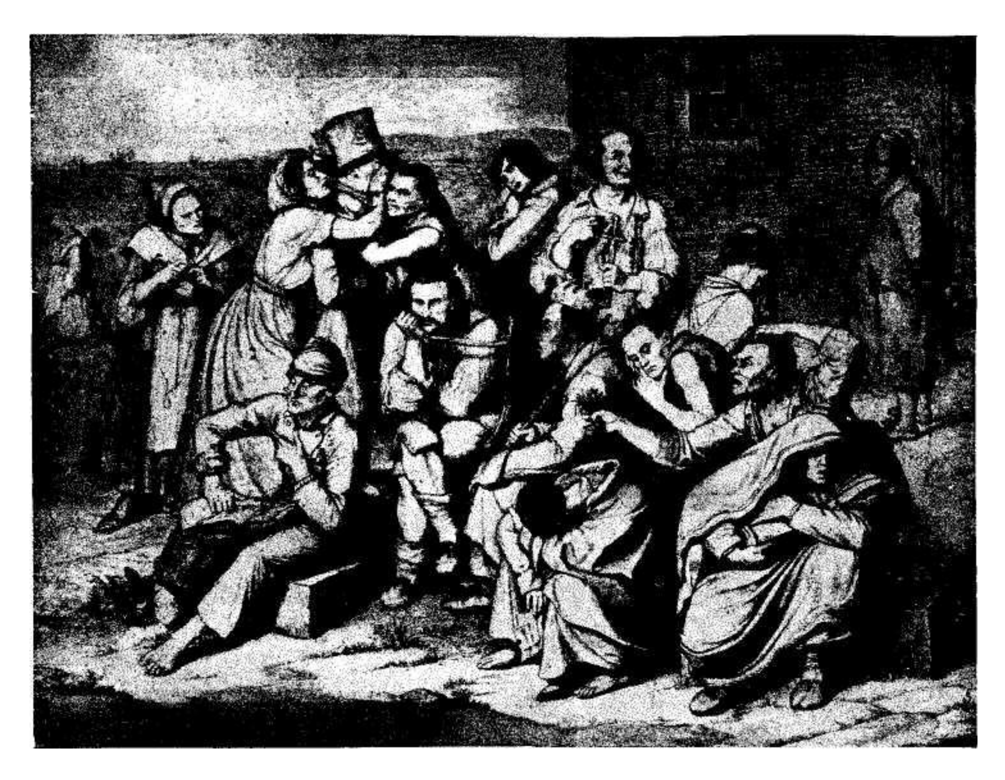


Рис. 1. Снимок с гравюры с картины Kaulbach'a «Сумасшедший дом.» (Гравюра - собственность музея клиники душевных болезней при Военно-Медицинской Академии).

Оазисами заведения для душевнобольных XVII и XVIII в. можно назвать лишь с той точки зрения, что в них не, сжигали и не казнили больных; кроме того, уже самый факт появления специальных заведений для душевно-больных является светлым лучем, указывавшим на зарождение и распространение в обществе правильного взгляда на эту категорию своих членов, как на больных. Отношение же к больным, содержавшимся в большинстве этих заведений, было суровым и жестоким.

Часто больные смешивались с преступниками, тем более, что и те, и другие нередко содержались в одних и тех же учреждениях (Бедлам, Bicêtre), поэтому большинство их было заковано в цепи: одни во избежание нанесения вреда окружающим в период возбуждения, другие во избежание побега; а так как критерии душевной болезни и здоровья были в то время весьма шаткими и сомнительными, то и сидение больных на цепи нередко бывало пожизненным; уход за больными был в высшей степени неудовлетворительным: скованные больные нередко лежали в испражнениях, покрытые язвами и паразитами.

Одним из главных источников средств для содержания больных являлась частная благотворительность: посетителей, желавших познакомиться с внутренним устройством «сумасшедшего дома» и с его обитателями, пускали туда за небольшую плату, такие посещения, продолжавшиеся в Англии до конца XVIII ст., составляли одно из развлечений того времени. Внутренний вид двора такого «сумасшедшего дома» с больными изображен на известной картине Каульбаха. Больные помещались в тесных, маленьких комнатах с отверстиями в стене вместо окон, забранными толстыми железными решетками без оконных стекол, на каменном полу, без печей, на прогнившей соломе. По праздникам посетители расхаживали по заведению целыми толпами, в XVI и XVII в. число посетителей Бедлама доходило до 40 тыс. человек в год. При плате по 4 су с посетителя получался доход до 10 тыс. франков в год.

Лечение душевно-больных вполне соответствовало их содержанию. Большую роль играли плети, которыми служителя весьма щедро «вразумляли» непокорных и возбужденных больных; плети входили в обиход обращения с больными, они входили в систему устрашения больных, проводившуюся в различных направлениях.

Большое значение в развитии душевных болезней придавалось психическим влияниям; точно также считалось установленным, что нравственные потрясения могут в свою очередь послужить и целительными факторами при помешательстве. Исходя из этих соображений, некоторые лечебные заведения устраивались таким образом, чтобы вся их обстановка производила сильное впечатление на больных; так, их окружали высокой стеной и рвом с под'емными мостами, при в'езде больного стреляли пушки, больной подхватывался служителями одетыми в черные одежды, его должны были поражать различные неожиданности. Такой встречей больного начиналось лечение, в таком же роде оно продолжалось и дальше: больного неожиданно выбрасывали из окна в сетку, катая в лодке выкидывали его в воду, своевременно спасая, неожиданно сбрасывали его с берега в воду, когда он стоял спиной к воде, и т. под. Пытались действовать в направлении бреда больного, разубеждая его в нелепости его бредовых идей фактами, напр., если больной заявлял, что в нем находится змея, ему подбрасывали змею в рвотные массы или в испражнения; когда один больной

заявил, что в его желудке живет лягушка, — ему дали слабительное и подбросили лягушку в испражнения [55]); больного, отказывавшегося от пищи, соблазняли пищей, следуя совету Ce1sus'a, приводившего таких больных на пиры; больному, заявлявшему, что у него нет головы, одевали свинцовую шапку, следуя примеру Philotimus'a, излечившего таким способом больного, высказывавшего бредовую идею, что у него отсечена голова[*]). Еще в 1819 г. Конференция С.-Петербургской Медико-хирургической Академии, приняв во внимание заявление душевно-больного студента Абрамовича о том, что ему помогает от его болезни приведение себя в движение и занятие, соединенное с любопытством и Удивлением, согласилась с его просьбой о назначении его в китайскую миссию и подтвердила, что его душевная болезнь может быть излечена «беспрерывным движением и рассеянностью» [**]). Возбужденных больных связывали веревками и цепями, привязывали и приковывали к постели, одевали их в особое стеснявшее движения платье, помещали в особые створчатые деревянные колоды с отверстием для лица, называвшиеся «часами».

Лекарственная терапия представляла своеобразные особенности в том отношении, что она состояла из различных отваров, настоев и средств, рекомендованных алхимиками, которые должны были приготовляться и даваться больным с соблюдением частью религиозных, частью суеверных обрядов, напр., во время богослужения, с пением псалмов, при совершении некоторых кабалистических знаков; к числу лечебных средств принадлежало, напр., вареное волчье мясо, действовавшее особенно благоприятно при галлюцинациях. К числу весьма тяжелых лечебных процедур из области гидротерапии относится [56-58]) применявшийся долгое время длительный холодный душ на голову больного.

Вполне естественно, что при наличности в XVIII в. взгляда на душевнобольных, как на больных, развивавшегося все шире и глубже, как среди правителей различных государств, так и в обществе, и при отсутствии сколько-нибудь удовлетворительной организации призрения и лечения больных, реформа этого важного и крупного дела подготовлялась и назревала естественным путем; она должна была наступить с года на год и действительно наступила. Она подготовлялась почти во всех государствах Европы, необходимость ее была сознана всюду, и совершалась она всюду приблизительно одновременно; но наиболее ярким выразителем ее явился французский врач Philippe Pine1, и в наиболее яркой форме она выразилась во Франции, почему она и связывается, преимущественно, с именем Pine1'я, будучи известной даже под названием реформы Pine1'я.

Pine1 — ученый психиатр, профессор медицинской школы, составивший себе имя в науке своими исследованиями в области психиатрии[***]), будучи главным врачем госпиталя Bicêtre в Париже, являлся ежедневным свидетелем жестокого, варварского положения душевно-больных и отношения к ним. У него возникла мысль положить конец этой ужасной несправедливости, которая осуждалась юстицией, человечностью и наукой.

В 1791 г. герцог Liancourt при разработке Национальным Собранием плана труда, от имени комитета об искоренении нищенства, устройстве тюрем и госпиталей сделал ряд докладов, среди которых не были забыты и заведения для душевно-больных; характеризуя положение душевно-больных, автор говорит: «к недостаткам зданий, к отсутствию всякого лечения, к чрезмерно большому количеству людей, скученных в слишком малом помещении надо еще присоединить постоянные столкновения, которым подвергаются помешанные, всецело предоставленные приставаниям любопытных посетителей и грубости наемников, которые должны им служить» [61]). Однако, проекты Liancourt остались в пренебрежении и реальных последствий не имели.

Pine1, конечно, знал об этой неудачной попытке; но для него необходимость улучшения положения душевно-больных мотивировалась не только соображениями гуманности и справедливости: Pinel был врач, и его лозунгом была идея, что помешанные суть больные люди, которые требуют не тюремного содержания на цепи, а лечения. Но для того чтобы освободить душевно-больных недостаточно было одного желания Pinel'я — необходимо было получить надлежащее разрешение; это не остановило врача: преодолевая свойственную ему застенчивость, он явился в коммуну Парижа и выступил перед этим собранием ходатаем и защитником несчастных, вверенных его заботам; он призвал на помощь всю силу своего чувства, чтобы убедить слушателей, и по тому, как они его слушали, он уже понял, что его дело выиграно, как вдруг речь его прервали следующие раздавшиеся слова: «гражданин, завтра я приду к тебе в Bicêtre, но горе тебе, если ты нас обманываешь и если среди твоих умалишенных скрываются враги народа». Эти слова принадлежали Couthon'y. На следующий день этот член Конвента явился в Bicêtre; полный недоверия, он все подробно осматривал, сам поочередно расспрашивал душевно-больных; но всюду он встретил лишь чудовищную несправедливость, всюду он слышал лишь крики и проклятия. Раздраженный однообразием такого зрелища, он обратился к Pinel'ю со следующими словами: «разве ты с ума сошел, гражданин, что хочешь снять цепи с этих животных»? — «Гражданин, ответил Pine1, я убежден, что эти помешанные так невыносимы потому, что они лишены воздуха и свободы; кроме того, я смею надеяться еще на много различных средств». —

---

[*]) Je1iffe , 1. c. [36]). The Alienist and Neurologist. Vol. XXXII February. 1911. № 1, p. 141—155.

[**]) Текутьев [67]), стр. 8-9.

[***]) Несмотря на ряд неправильных научных положений, как, напр., представление что первоисточник мании находится в желудке, труды Pine1'я составили ему имя в теоретической и клинической психиатрии. Из его сочинений более известны: «Nosographie philosophique» [59]) и «Traitê medico-philosophique sur l'alienatio mentale» [60]). Оба сочинения выдержали по несколько изданий еще при жизни автора.

«Хорошо! делай с ними, что хочешь, я их тебе предоставляю; но я очень боюсь, что ты сделаешься первой жертвой своего безрассудства». Считая себя достаточно уполномоченным словами Couthon'a, Pine1, не теряя ни минуты, принялся за дело в тот же день. Он один отправляется в помещения больных, спокойно обращается с ними, несмотря на их возбуждение, говорит им слова утешения и надежды, затем освобождает их от тяжелых цепей, дает им возможность свободно прогуливаться и дышать более свежим воздухом, чем в их камерах. Сорок несчастных, стенавших много лет под тяжестью железных оков, были возвращены дневному свету. Одним из них, который в течение восемнадцати лет был изолирован в темной каморке, овладело такое восхищение, когда он мог созерцать первые солнечные лучи, что он воскликнул: как давно я не видел такого великолепия! Ближайшее участие в освобождении душевно-больных принимал Pussin, служивший в Bicêtre[*]).

Счастливые результаты описанного акта не заставили себя ждать: состояние возбуждения, поддерживаемое жестокостями, постепенно успокоилось; шум и беспорядок сменились тишиной и спокойствием.

Не менее радикальному изменению подверглось и лечение душевно-больных. Все помешанные Парижа, независимо от характера их болезни, направлялись в Hôtel-Dieu, где им делали кровопускания, насильственные ванны и души; после одного или двух месяцев такого режима большинство их обнаруживало полное отсутствие физических и нравственных сил. Восставая против такого ненаучного лечения, Pine1 особенно вооружался против обязательного кровопускания; он рекомендовал направлять больных в специальные заведения для более гуманного и научного содержания и лечения[62]).

Реформа Pine1'я установила начало новой эры в деле призрения душевно-больных, выразившейся в т. наз. системе no-restraint, т. е., нестеснения или точнее — не связывания. Живописец Robert Fleury в большой картине, висящей в одной из зал Salpêtrière, увековечил момент освобождения душевно-больных от оков. Центральной фигурой картины являются Pine1, больная, с которой кузнец снимает оковы, Pussin и одна уже освобожденная больная, целующая руку Pine1'я; ряд больных еще прикованы к столбам навеса. Сцена происходит во дворе Salpêtriére[**]).

Выше было сказано, что реформа Pine1'я представлялась назревшей. Справедливость требует заметить, что одним из предтечей Pine1'я был Howard, который около 1780 г. об'ехал Европу, изучая способы содержания и помещения преступников; Howard нашел душевно-больных почти во всех тюрьмах и выразил негодующий протест против такого смешанного назначения тюрем; этот протест не прошел бесследно[*]). Одновременно с реформами Pine1'я или в близкий к ним период времени началась реформа призрения душевно-больных и в других государствах Европы. Так, в Англии в связи с этой реформой должны быть упомянуты имена William Tuke, Gardiner Hill и Conolly. W. Tuke в 1791 г. обратил внимание, что содержание душевно-больных покоится на ложных основаниях; как раз произошел один случай, окончательно убедивший W. Tuke в правильности его соображений: в убежище York умерла больная вслед затем, как врач не разрешил родственникам навещать ее; возникли различные подозрения и обвинения в небрежности и жестокости по отношению к больным, которые при действительной наличности жестоких мер, конечно, не могли быть опровергаемы и в других случаях. W. Тике открыл энергичную пропаганду идей гуманного отношения к душевно-больным и в 1792 г. он заложил первый камень знаменитого York'ского убежища; на убежище была надпись: Hoc fecit Amicorum[**]) caritas in humanitatis argiumentum. Повидимому, W. Tuke не знал о трудах Pine1'я.

В Италии таким реформатором явился Chiaruggi ,в Германии Langermann, в Бельгии Guislain.

Изложенную реформу нельзя, однако, понимать таким образом, что с указанного момента система стеснения сразу превратились в систему не стеснения; было положено лишь начало развитию новой системы, полная целесообразность которой была доказана последующим ее ходом. Так, в Англии фактическая отмена механических стеснений при лечении душевно-больных была осуществлена Conolly лишь в 1839 г. Правда, в специальных лечебницах скоро перестали держать больных на цепи, но связывание и привязывание больных, т. наз. камзолирование или заключение их в горячечную рубаху — длинную рубаху с весьма длинными рукавами, скрещивавшими руки впереди туловища, охватывавшими туловище больного и затем завязывавшимися; нижний конец этой длинной рубашки также завязывался, — прекратились лишь в самое недавнее время, да и то вряд ли можно поручиться, что камзолирование прекратилось везде. Система no-restraint, нестеснения, в настоящем смысле этого слова, достигла своего полного развития лишь в самое недавнее время.

В России организация призрения и лечения душевно-больных тоже развилась лишь весьма постепенно.

Хотя в уставе св. Владимира, данном в 996 г., в котором он поручил церкви всех нуждающихся в помощи

---

[*]) Точная дата реформы Pinel'я не установлена: большинство относит снятие оков с душевно-больных к 1792 г.; однако, по исследованиям д-ра Прозорова [62a]) в 1795 г. были сняты оковы с больных в Bicêtre, а в 1798 г. в Salpêtriére.

[**]) С этой картины существуют прекрасные репродукции в виде гравюр и фотографий.

[*]) Esquirol, 1. с.[61]), Т. II., р. 437—438.

[**]) Убежище друзей мира, квакеров.

и призрении, и не упоминается прямо о душевно-больных, но по характеру благотворительности того времени, по духу и смыслу этого устава душевно-больные не могли быть исключены из покровительства церковного под именем странников, убогих, недужных, калек; в житии пр. Феодосия Печерского и в некоторых других житиях встречаются прямые указания на попечение церкви о душевно-больных; наконец, самое устройство монастырских благотворительных учреждений по образцу греческих монастырских больниц, в которые принимались и душевно-больные, говорит за призрение последних в русских монастырях. Таким образом призрение душевно-больных в начале истории благотворительных учреждений в России не отделялось от призрения других больных, нищих, странных и убогих людей [63]); содержались же больные на средства, получавшиеся с десятин, жертвовавшихся князьями в пользу церквей [72]). В то время душевно-больные слыли под названием юродивых и блаженных, которых не отказывали принимать в монастырях. Одна из целей монастырского призрения душевно-больных заключалась в их «духовном исправлении» посредством «приведения на истину». В монастырях больные оставались до выздоровления, «исправления в разуме», монахи же устанавливали и факт наступления выздоровления [***]). Не было, конечно, и обязательного помещения душевно-больных в монастыри, они лечились свободно, как и другие больные. В уложении 1669 г. впервые встречается законодательная мера относительно душевно-больных, охраняющая общество от вреда их свидетельских показаний в. уголовных делах и приравнивающая их к глухим и малолетним. В 1723 г. Петр I возложил на главный магистрат обязанность устройства госпиталей и воспретил посылать «сумасбродныхъ и подъ видомъ изумленія бываемыхъ» в монастыри; о случаях юродства и помешательства в дворянских семьях должно было доводиться до сведения Сената, которому дано было право признания наличности помешательства и который должен был позаботиться о дальнейшей участи больного; в действительности за неимением соответствующих учреждений душевно-больные по-прежнему призревались в монастырях.

Несмотря на признанное неудобство содержания душевно-больных в монастырях, оно продолжалось и после Петра I, а в последующее царствование в 1727 г. был даже издан именной указ, об'явленный из Верховного Тайного Совета Сенату, которым приказано помешанных, находящихся по важным делам в Преображенской Канцелярии, по-прежнему принимать в монастыри и чтобы св. Синод не ссылался при своих отказах на указ 1723 года. В 1762 г. Петр III, несмотря на предложение Сената разрешить отдавать душевно-больных «подъ начало» в монастыри, положил следующую резолюцию: «безумныхъ не въ монастыри отдавать, но построить на то нарочный домъ, какъ то обыкновенно въ иностранныхъ государствахъ учреждены долгаузы». На Академию наук была возложена обязанность сделать переводы уставов долгаузов и чертежи их планов, с целью осуществления их в России. Один из таких планов сохранился в бумагах историка Г. Ф. Миллера.

По указу Екатерины II Сенатом был рассмотрен указ Петра III от 20 апреля 1762 г., и 20 августа того же года императрица подтвердила этот указ; но пока долгаузов не было, было приказано лиц, признанных Сенатом душевно-больными, помещать в Зеленецкий (Новгородской епархии) и Андреевский (Московской епархии) монастыри; в 1773 году число монастырей, назначенных дли призрения душевно-больных, было увеличено определением для этой цели по два монастыря, одному мужскому и одному женскому, в Петроградской, Московской и Казанской губерниях. Наконец, в 1779 г.[*]) было основано отделение для душевно-больных при Обуховской больнице в Петрограде, открытое в 1782 г., а в 1785 г. в Москве была основана Преображенская больница для душевно-больных.

Все указанные мероприятия носили частичный характер, далеко не удовлетворяя даже местных нужд. Собственно же начало организации призрения душевно-больных в России относится к 1775 г., когда был издан устав Приказов общественного призрения, в компетенцию и обязанность которых входило и учреждение домов для умалишенных. Эти дома должны были быть «пространными и кругомъ крѣпкими», чтобы «утечки и'зъ нихъ учинити не можно было»[**]); надзиратель дома должен был быть пристойным, добросердечным, твердым и исправным человеком; при доме полагалось необходимое число людей для смотрения, услужения и прокармливания больных; прислуге вменялось в обязанность человеколюбиво обходиться с больными, но вместе с тем смотреть за ними крепко и неослабно, чтобы они не причинили вреда себе или другим [64]) [66]).

О современном положении организации призрения и лечения душевнобольных в России будет сказано впоследствии.

Заслуживает большого внимания то обстоятельство, что совершенно определенное и точное указание о человеколюбивом, обращении с больными было преподано в России за 7 лет до реформы Pinel'я[***]).

[***]) Лахтин, 1. с.[72]), стр. 572-573.

[*]) Еще раньше, а именно в 1776 г., был устроен дом для душевнобольных в Новгороде [92a]).

[**]) Т. XX полного собрания законов Российской Империи. 14392. Учреждения для управления губернией Всероссийской Империи. Часть первая. Гл. XXV — о Приказе общественного призрения и его деятельности.

[***]) Еще ранее, в указе 1766 г. генерал-прокурору князю Вяземскому сказано по поводу душевно-больных колодников, ссылавшихся в Суздальский монастырь, чтобы «содержать ихъ нескованныхъ, караульнымъ, же съ ними, сколь возможно, поступать безъ употребленія строгости, а поелику они люди въ умѣ поврежденные, то съ ними и обращаться съ возможной по человѣчеству умѣренностью» (Лахтин [72]), стр. 587).

Значительно ранее были открыты заведения для душевно-больных в славянских землях, находившихся под более сильным влиянием западной Европы и обнаруживших более раннюю культуру, чем Россия; так, в Польше монахи ордена св. Иоанна божьего или братства христианского милосердия Fate Benfratelli в 1650 г. основали монастырь и при нем больницу на восемь больных, в числе которых были и душевно-больные; эта больница находилась вблизи Варшавы, на нынешней улице Лешно; впоследствии больница была расширена. Также в 1650 г. бонифратры основали больницу в Люблине с помещением для душевно-больных. В Кракове больница для душевно-больных была открыта в 1679 г.[65]).

Преподавание психиатрии в России официально было введено впервые 1835 г. в Императорской Медико-хирургической Академии и началось в 1836 г., при чем на обязанности преподавателя лежало преподавание внутренних болезней, патологической семиотики и учения о душевных болезнях; преподавателю назначался помощник, который в свободные часы должен был еще преподавать студентам учение о кожных болезнях. Таким преподавателем для всей этой сложной группы предметов явился ад'юнкт-профессор П. Д. Шипулинский, который и должен считаться первым официальным преподавателем психиатрии в Академии и в России вообще; далее чтение психиатрии поручалось проф. Мяновскому, ас 1842 г. проф. Кулаковскому; однако, все эти лица почти не читали психиатрии, числясь ее официальными представителями, и при первой возможности переходили на другие кафедры. Так продолжалось до 1857 г., когда в заседании конференции 22 июня было постановлено ввести преподавание психиатрии в качестве самостоятельной науки, при чем самое преподавание было возложено на ад'юнкт-профессора Ивана Михайловича Балинского. Хотя душевно-больные в довольно значительном числе содержались во 2-м сухопутном военном госпитале, служившем клиникой Академии уже с сороковых годов XVIII ст., однако, до Балинского они совершенно не служили для преподавания психиатрии; благодаря энергии Балинского, в 1859 г. было открыто клиническое отделение для душевно-больных, послужившее целям преподавания психиатрии студентам в опытных руках этого талантливого преподавателя[67]). Таким образом, первая самостоятельная кафедра психиатрии была учреждена в России в 1857 г.; первым профессором, занявшим эту кафедру был. И. М. Балинский; первая психиатрическая клиника была основана в 1859 г. К этому времени и должно быть отнесено начало развития научной психиатрии в России; Балинский явился родоначальником этого развития, отцом русской психиатрии; насколько блестяще выполнил свою миссию этот человек, предназначавшийся сначала для преподавания детских болезней, показывает та плеяда многочисленных и крупных представителей психиатрии, которая развилась и вышла из этой школы и из школы учеников Балинского и его заместителя И. П. Мержеевского. И. М. Балинский Родился в 1827 г., умер в 1902 г.[68-71]).

VI.

Устройство лечебницы для душевно-больных. Отличие от обыкновенных больниц; условия лечения и безопасности. Разделение лечебниц на отделения. Наблюдательное отделение и постельный режим. Отделение лазаретное, заразное, туберкулезное. Нервно-психическое отделение. Различные системы постройки лечебниц (центральных зданий, павильонная, барачная), их примущества и недостатки. Расположение лечебницы и сады. Операционные, мастерские. Клиники. Общие и специальные требования от внутреннего устройства лечебницы. Окна. Двери. Освещение. Ванны. Кухня и буфеты. Отопление. Вентиляция. Полы. Особенности устройства различных отделений. Лаборатории, секционная, административные помещения, амбулатории.

По своему устройству специальные заведения для душевно-больных отличаются от обыкновенных больничных учреждений; эти отличия обусловливаются требованиями, вытекающими из особенностей характера больных, помещаемых в эти заведения для лечения или призрения; заведения для душевно-больных должны устраиваться таким образом, чтобы они не только удовлетворяли необходимым условиям лечения своих клиентов, но чтобы они в то же время обеспечивали безопасность душевно-больных, как для них самих, так и для окружающих; необходимость соблюдения указанных условий и приводит к отличительным чертам, характеризующим устройство заведений для душевно-больных.

Специальные заведения для душевно-больных отличаются и между собою. Дело в том, что одни душевно-больные по роду и свойству своего болезненного состояния нуждаются в лечении, другие же в лечении почти не нуждаются, так как болезненный процесс, явившийся причиною их болезни, закончился в своем развитии и даже регрессировал, но выздоровления их не последовало; болезнь приняла хроническое течение; такие больные нередко представляются настолько крепкими физически, что могли бы жить и при домашней обстановке и работать, если бы не их душевное заболевание, частью лишившее их умственных способностей, частью приведшее их в такое состояние, в котором они хотя временно оказываются небезопасными для окружающих. Сообразно этим двум группам больных специальные заведения, предназначенные для них, разделяются на заведения для лечения острых душевно-больных и на заведения для хронических душевно-больных, которые в свою очередь могут устраиваться различно и помимо лечебных целей служат для призрения больных и в значительной степени для из'ятия их из населения.

В настоящей главе преимущественное внимание обращено на устройство лечебниц для острых душевно-больных.

Устройство лечебниц для душевно-больных весьма сложно, что зависит от сложности душевных расстройств и разнообразия их проявлений.

Прежде всего, каждая лечебница разделяется на две симметричные половины — мужскую и женскую. Затем уже каждая половина лечебницы состоит из ряда особых отделений, необходимость выделения

которых определяется различиями внешних выражений и проявлений болезненных состояний ее обитателей.

Одни больные, несмотря на известные уклонения от нормы, ведут себя спокойно и не представляют опасности для окружающих; другие больные обнаруживают явления психодвигательного возбуждения в большей или меньшей степени, кричат, свистят, нападают на соседей, ломают обстановку; такое возбуждение может проявляться кратковременными вспышками, нарушая спокойное поведение больных, или протекает длительно; есть также больные, ищущие в аффекте тоски способа покончить с собою; третья группа больных частью состоит из тихих и спокойных больных, но слабых физически, истощенных болезненным процессом, обнаруживающих явления двигательного паралича; иногда такие больные страдают трофическими расстройствами в виде пролежней, часто они неопрятны, так как не удерживают мочу и кал, вследствие локализации органического поражения или чаще в зависимости от помраченного состояния сознания или слабоумия; такие больные требуют особенно тщательного физического ухода.

Сообразно указанным категориям больных, каждая лечебница должна иметь отделение для спокойных больных, для больных неспокойных, или лучше, возбужденных и для больных физически слабых и неопрятных; последние два понятия — слабых или трудных больных и неопрятных в большинстве случаев совпадают; что же касается до отделения для беспокойных больных, то обычно устраиваются два отделения: одно из них предназначается для больных, обнаруживающих легкое психодвигательное возбуждение, более или менее непостоянного характера, не требующее непрерывного усиленного надзора, другое для больных, находящихся в состоянии резко выраженного психодвигательного возбуждения, для больных, которые еще и в настоящее время известны под названием буйных или неистовых больных, а отделение для них — буйного отделения; эти последние термины должны, однако, все более и более выходить из употребления, а психиатры должны способствовать исключению их из своего обихода, так как они отнюдь не выражают психопатологического происхождения возбужденного состояния душевно-больных, а характеризуют людей больных термином, содержание которого черпается из обывательской жизни. Правильнее поэтому называть эти отделения отделениями для слабо- и сильно возбужденных больных, или как это делается уже давно в Петроградской клинике душевных болезней, просто нумеровать отделения, называя их первым, вторым и т. д. по их числу.

Указанными четырьмя отделениями не ограничивается деление лечебницы. Со времени введения в большинстве лечебниц т. наз. постельного режима или постельного содержания душевно-больных, предназначаемого, главным образом, для возбужденных и вообще аффективных больных, устраиваются особые отделения для проведения этого содержания; значение постельного содержания душевно-больных, показания для его применения и противопоказания будут разобраны в главе о лечении душевнобольных; пока же можно сказать, что постельному содержанию подвергается большинство аффективных, возбужденных больных, а проводится постельное содержание обыкновенно в более или менее обширных общих палатах; во многих лечебных заведениях постельное содержание вошло в обиход т. наз. наблюдательных отделений, в которые поступают почти все новые больные до выяснения их болезненного состояния, а также и стационарные больные лечебницы, к которым должно быть применено постельное содержание [73-74]). Следовательно, необходимо специальное помещение для проведения постельного содержания; такое помещение удобнее всего устраивать в связи с отделениями для возбужденных больных.

Далее, особенно в более или менее крупных лечебницах, необходимо иметь лазаретные отделения, на случай т. наз. соматических заболеваний, как influenza, pneumonia cruposa, ileotyphus и др. Здесь говорится о более крупных учреждениях потому, что в небольших лечебницах, вмещающих 50, 60 или несколько более больных, как это бывает, напр., в клиниках или частных лечебницах, для целей лазаретных могут просто выделяются особые комнаты. Еще лучше, конечно, если в крупных лечебных заведениях устраиваются особые небольшие отделения с отдельным входом для различного рода инфекционных заболеваний.

Каждое лечебное заведение должно иметь отделение для заразных болезней, каковы, напр., рожа, оспа, скарлатина и др. болезни, требующие немедленной и полной изоляции от других больных; такие отделения совершенно не должны сообщаться с помещениями других отделений лечебницы.

Большое зло крупных лечебниц для душевно-больных предоставляет туберкулезная зараза; ее распространение среди душевно-больных обусловливается во-первых необычайной скученностью душевно-больных в русских лечебных и частью заграничных заведениях, в которых нередко вместо числа больных, полагающихся на палату, помещается вдвое и даже втрое большее их число, а во-вторых самым свойством ряда душевных заболеваний, ослабляющих сопротивляемость организма туберкулезной инфекции, частью вследствие хронического течения мозгового процесса, отражающегося на общем питании больного, частью вследствие измения условий кровообращения и дыхания у некоторых больных, благодаря их малоподвижности или развитию поверхностного и задержанного типа дыхания. Эти условия приводят к тому, что туберкулез среди душевно-больных встречается в 3—7 и более раз чаще, чем среди душевно-здоровых. Число душевно-больных, страдающих туберкулезом, колеблется в различных русских лечебницах от 4,5—15% общего количества больных в этих лечебницах, а из больных, умирающих в лечебницах, около 26,6% умирает от туберкулеза[75]). Поэтому нельзя не признать совершенно целесообразным возникающее стремление к организации в крупных благоустроенных лечебницах отделений для туберкулезных больных; это пожелание было принято психиатрической секцией XIII Международного Медицинского Конгресса в Париже в 1900 г., после доклада M. Marie[76]).

Нередко в особые отделения выделяются еще группы больных, страдающих судорожными падучными приступами; это выделение об'ясняется желанием поставить таких больных в условия наименьшей

травматизации в зависимости от неожиданно и часто развивающихся у них судорожных приступов, сопровождающихся потерей сознания.

С большим трудом прививается вполне, однако, желательный тип т. наз. нервно-психических отделений; такое отделение впервые в России было устроено проф. В. М. Бехтеревым около 1900 г. в клинике душевных болезней в Петрограде*). Особенность таких отделений заключается в том, что их обитатели пользуются правами относительно свободного выхода (система открытых дверей — open door); так как это или выздоравливающие, или даже выздоровевшие больные, лишь временно остающиеся в лечебнице, или такие больные, которые, не представляя явлений формального душевного расстройства, в то же время нуждаются в пребывании в лечебнице, так как домашняя обстановка действует на них неблагоприятно, и они требуют постоянного врачебного наблюдения; вместе с тем состояние здоровья этих больных позволяет предоставить им относительную свободу. Такие больные, о которых будет сказано впоследствии, могли бы поступать в лечебницы без соблюдения особых формальностей.

Естественно, что лечебное заведение, состоящее из значительного числа отделений, которые, конечно, отличаются некоторыми особенностями, представляется весьма сложным учреждением. Этой сложности не было, разумеется, в древних приютах городов Ислама, как Багдад, Дамаск, Каир, но уже устройство Бедлама (1247 г.) и заведения в Elbing'e (1326 г.) несколько сложнее; весьма интересно в этом отношении заведение для душевно-больных, открытое в Вене при императоре Иосифе, построенное в форме широкой пятиэтажной башни, известной под названием Narrenturm. В России первые оффициальные указания о характере постройки заведений для душевно-больных рекомендовали строить просторные и крепкие помещения, обнося их заборами.

Прошло немало времени, прежде чем выработался тип современного лечебного заведения для душевно-больных; для выработки такого типа должен был накопиться известный опыт в связи с сознанием необходимости и целесообразности расходовать деньги на призрение и лечение душевно-больных; сначала же в западной Европе, да отчасти и в России, для душевно-больных отводились старые замки и монастыри (Werneck, Leubus и др.[73])). Это были большие, даже громадные многоэтажные здания, в различных этажах и флигелях которых размещались различные категории душевно-больных. Да и вновь строившиеся лечебницы старого времени строились по плану больших центральных зданий, рассчитанных на большое число больных. Как на пример такой лечебницы, можно указать на функционирующую до настоящего времени лечебницу св. Николая Чудотворца в Петрограде.

Отрицательные стороны лечебниц в виде больших центральных зданий заключаются в следующем: 1) многоэтажные здания нежелательны для больниц вообще, тем более нежелательны для душевно-больных, как заключающие в себе элемент опасности; 2) центральные здания неминуемо содержат много недостаточно освещенных и темных помещений, след., в них остается неиспользованным благотворное влияние света; 3) разделение на отделения в центральном здании не может быть проведено с достаточной полнотой и удобством; 4) в случае появления заразы, опасности обыкновенно подвергаются обитатели всего здания, так как эту заразу при отсутствии строгой изоляции отделений трудно локализировать. Большую опасность представляют центральные здания и в случае пожара. Единственная положительная сторона Центральных зданий заключается в их относительной дешевизне и в том, что при условии допустимости их для устройства лечебниц для душевно-больных, каждое оказавшееся непригодным или ненужным для других целей здание может быть приспособлено для помещения душевно-больных. Однако, это явление нежелательно, так как устройство заведения для душевно-больных должно удовлетворять определенным, специально пред'являемым к нему требованиям.

Вполне естественно, что лучшей системой устройства лечебного заведения для душевно-больных является та, при которой различные категории больных, составляющие содержание различных отделений, действительно отделены одна от другой и совершенно между собой не смешиваются, не производят друг на друга нежелательного впечатления. Такой системой является т. наз. павильонная система, при которой различные отделения приурочиваются к отдельным павильонам, одно- или двухэтажным зданиям. Недостатки, указанные при системе центральных зданий, устраняются в павильонной системе, где каждый павильон освещается со всех четырех сторон, где различные категории больных легко разделяются, где в случае появления заразы, она легче может быть локализирована, а самый павильон обеззаражен. В настоящее время павильонная система приобрела права гражданства при постройке лечебниц для душевно-больных, несмотря на свою относительную дороговизну по сравнению с типом центральных зданий; хорошие качества этой системы вполне искупают и некоторые ее недостатки, которые заключаются в следующем: при известной отдаленности одного павильона от другого затрудняется перевод больных из одного отделения в другое и визитация врача, особенно в дождливую и снежную погоду; требуется большее количество служительского и надзирательского персонала, так как каждый павильон имеет большую самостоятельность по сравнению с отделением центрального здания. Однако, эти недочеты устраняются в некоторых лечебницах устройством между отдельными павильонами закрытых соединительных коридоров или туннелей (Виленская окружная лечебница и нек. др.). Иногда при лечебницах устраиваются небольшие бараки для отдельных групп больных; чаще всего это бывает в колониях, о которых речь будет ниже.

Для лечебниц обыкновенно выбирается сухая, здоровая местность, в стороне от города, по возможности, с количеством земли достаточным для разбивки садов, огородов, а если дело идет о колонии, то с лесом, пашнями и водой.

---

*) Автор сам заведывал указанным отделением в течение ряда лет.

Самые здания лечебницы располагаются таким образом, чтобы каждый павильон обслуживался особым садиком, в котором не смешивались бы больные разных категорий; такое специальное распределение садиков достигается самым расположением зданий лечебницы и разделяющими их заборами; такое распределение принято было в свое время, напр., в клинике душевных болезней при Военно-медицинской Академии в Петрограде (см. рис. 2); там, как и вообще в военных лечебницах для душевно-больных, внутреннее распределение помещений для различных категорий больных, равно как и распределение садиков, осложнялось в прежнее время еще необходимостью, во избежание антидисциплинарных столкновений, отделять нижних чинов от офицеров.

Каждое заведение для душевно-больных должно иметь хорошо оборудованную водолечебницу и электролечебницу. Существенно важное значение, особенно в клиниках и крупных лечебницах, имеет операционная [78-79]), необходимая как для некоторых специальных операций (трепанации), так и для общехирургических операций, в применении которых иногда встречается надобность у душевно-больных (флегмоны, абсцессы, переломы, грыжесечение, трахеотомия и др.).

Благоустроенные лечебницы снабжены обычно оборудованными помещениями для различных ремесл, служащих целям лечения и отчасти развлечения больных; сюда относятся, например, столярное, сапожное, переплетное, портняжное и нек. др. мастерства, особенно широко распространенные в колониях для хроников. Важно также иметь зал или вообще более или менее обширное помещение, в котором больные могли бы собираться для развлечений.

Несмотря на все преимущества павильонной системы, проведение ее в чистом виде может встретить большие затруднения в тех случаях, когда вся лечебница рассчитывается на небольшое число кроватей, как это, например, бывает в клиниках; при постройке клиники на 50 кроватей пришлось бы строить отдельные павильоны для 5—6 больных, принимая во внимание разделение клиники на мужскую и женскую половины; при таких условиях строгое проведение павильонной системы оказалось бы слишком дорогим, так как пришлось бы строить отдельные павильоны для незначительного числа больных каждый.

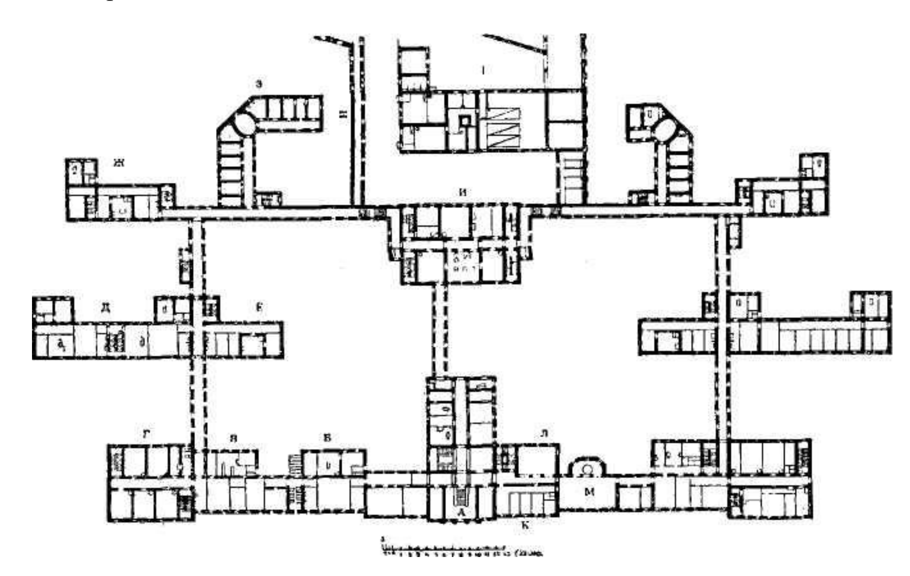


Рис. 2. План первого этажа клиники душевных болезней при Военно-Медицинской Академии. Клиника построена по павильонной системе, при чем отдельные павильоны сообщаются между собою крытыми галлереями. А - вход в здание клиники. Б - отделение для дневного пребывания спокойных больных. В - 2е отделение для дневного пребывания спокойных больных. Д - отделение для дневного пребывания беспокойных больных. Е и Ж - для неопрятных и слабых больных, требующих особого покоя. 3 - для возбужденных больных. И - кухня. I - машинное отделение. Л - гимнастический зал. - М - зимний сад. Расположением павильонов и галлерей ограничиваются внутренние садики, служащие для прогулки больных различных категорий. Правая половина плана — женское отделение. — План взят из книги Ф. С. Текутьева.

В клинике душевных болезней[80]) Казанского университета указанное затруднение устранено таким расположением здания, что в коридоры, соединяющие различные отделения клиники между собою (см. рис. 3), выходят с одной стороны примыкающие к ним помещения, не предназначенные для больных, как бельевыя, комнаты для фельдшериц и надзирателей и нек. др. Общий же эскиз клиники в горизонтальном разрезе напоминает букву Н, т. е., клиника состоит из двух двухэтажных флигелей, одного для мужчин, другого для женщин, соединенных между собою центральной частью; в этой центральной части больные не помещаются, здесь расположены приемный, водолечебница, электролечебница, библиотека, лаборатории, сюда же примыкает аудитория, выступающая во внутренний двор клиники и разделяющая его пополам. Таким образом, клиника построена по типу, представляющему нечто среднее между системой центрального здания и павильонной, правда, с весьма значительным отступлением от первого и с большим приближением к последнему.



Рис 3. План второго этажа клиники душевных болезней Казанского университет. М - мужская половина клиники. Ж - женская. А - аудитория П - общие палаты. К - отдельные комнаты. Г - гостиныя. С - столовыя. В - ванны. Л- лаборатории. О - операционная. В первом этаже соответственно. ГС - находятся палаты для проведения постельного содержания (тоже и в женском отделении), соответственно. Л - водолечебница, соответственно. I, I, I - обособленное отделение на случай заразных заболеваний.

При внутреннем устройстве и оборудовании различных отделений заведения для душевно-больных должен быть принят во внимание ряд требований общего характера для всех отделений и ряд требований частного характера, соответствующих индивидуальности отделения. К первым относятся требования обще-санитарного свойства, как большое количество воздуха в помещениях, хорошая вентиляция, обилие света, отсутствие под потолком карнизов, специально являющихся местами скопления пыли, закругление углов, хорошее отопление. Сюда же относятся и общие требования специально психиатрического характера. Одно из таких весьма существенных требований, пред’являемое, впрочем, не только к внутреннему устройству, но и к внешнему виду здания, заключается в том, чтобы оно не имело тюремного вида; заведение для душевно-больных не тюрьма, а лечебница, и не должно походить на тюрьму, даже по внешности; между тем, сходство с тюрьмою в прежних лечебницах, существующих и по настоящее время, обусловливалось устройством в окнах решеток тюремного типа; назначение таких решеток было предупредить возможность побега больных и покушения на самоубийство посредством выбрасывания из окна. В новых лечебницах решеток не делается совсем, они заменяются частыми переплетами оконных рам, при чем отверстия переплетов обычно устраиваются таких размеров, чтобы в них не пролезла голова больного. Перекладины переплетов делаются толстыми и массивными, чаще плоскими, хотя это отнимает довольно много света, что особенно существенно на севере, меньше света отнимают перекладины переплета, утолщенные не в плоскости стекла, а в перпендикулярном направлении; но лучше всего, конечно, железные рамы и железные переплеты, хотя стоимость их значительно выше деревянных: они прочны, тонки и изящны, служат очень долго и не отнимают света. В отделениях, предназначаемых для возбужденных больных, рекомендуется вставлять в рамы толстые корабельные стекла, разбиваемые больными с трудом, редко; если позволяют средства, прочные, толстые стекла могут быть вставлены и во внутренние рамы спокойных отделений. В клиниках, где количество больных обычно невелико, а надзирательского персонала много, а следовательно, и присмотр за больными достаточный, переплеты оконных рам, по крайней мере в отделениях для спокойных больных, могут не отступать от общепринятых размеров, как это имеет место в Казанской клинике; благодаря такому устройству окон, внешний вид здания не имеет даже самого отдаленного сходства с тюрьмой. Форточки и створки рам закрываются и открываются ключом; шторы помещаются между внутренней и наружной рамой, шнурки их скрываются в трубках.

В помещениях для душевно-больных не должно быть тесемок, шнурков, крючков в стенах, вообще, предметов, которые могли бы послужить для покушений больных на самоповешение; с этой целью обыкновенные дверные ручки заменяются закругленными металлическими рожками, обращенными острием вниз или, что еще удобнее, металлическими раковинками. Двери отделений всегда заперты на ключ. Ключи имеются в распоряжении врачей, фельдшерского и надзирательского персонала, испытанных палатных надзирателей, но не выдаются на руки больным.

В настоящее время благоустроенные лечебницы везде, где только это возможно по местным условиям, должны снабжаться электрическим освещением; при этом включатели, во избежание порчи их больными, скрываются в стенах, и включение осветительного тока достигается поворотом ключа.

Все отделения имеют ванны и умывальные раковины, вода которых закрывается и открывается ключом.

Очень хорошо, если кроме центральной кухни, обслуживающей все учреждение, отделения снабжены буфетными комнатами, имеющими приспособления для подогревания пищи (духовые шкафы) и горячую воду; при устройстве отдельных павильонов такие буфетные безусловно необходимы. Не всегда душевно-больные едят в назначенное время, иногда, даже нередко, они отказываются от пищи и просят есть позднее; существенно важно, чтобы пища сохранилась до этого времени привлекательной, как по температуре, так и по внешнему виду.

Отапливаются заведения для душевно-больных различными системами центрального отопления; при этом горячие трубы скрываются; прежде ставились калориферы в виде пластинчатых радиаторов за решетками, но в настоящее время они выходят из употребления; на них скопляется пыль, которая легко пригорает, вид их нередко пугает бредящих больных. В лучших лечебницах новейшего времени, как бывшая лечебница Петроградского Губернского Земства, ныне Петроградская Губернская Психиатрическая больница имени Кащенко, находящаяся недалеко от Гатчины, или вновь открытая лечебница в Giessen'e, устроены калориферы в форме ряда изогнутых металлических трубок эллиптического сечения. Такие калориферы даже оставляются открытыми.

В Казанской клинике душевных болезней применено впервые в заведении для душевно-больных т. наз. паро-водобетонное отопление по системе инженера Яхимовича [81]). Основная особенность этой системы отопления заключается в том, что при ней калориферы, находящиеся в неглубоких стенных нишах, замазываются бетоном в уровень с поверхностью стен; калориферы сообщают свое тепло бетону, который сохраняет его довольно долго, лишь постепенно излучая его в окружающую среду; этим достигается равномерное нагревание комнат, между тем как при открытых калориферах температура обычно падает вместе с быстрым остыванием их после прекращения топки; интерес же этой системы для психиатрической лечебницы, как таковой, заключается в том, что все части отопления совершенно закрыты, так как печи представляют из себя просто определенные нагреваемые части стен различной площади. С отоплением обыкновенно соединяется вентиляция, которая должна устраиваться таким образом, чтобы воздух, поступающий в здание, притекал в трубы не снизу, с уровня земли, где он достаточно загрязнен; а сверху, из труб, выходящих на крышу; такое устройство вентиляции обеспечивает чистоту притекающего воздуха.

Полы в лечебницах должны быть прочными, гладкими и теплыми; они должны легко переносить частое мытье и чистку, а в отделениях для возбужденных больных, которые иногда сбрасывают с себя обувь и одежду, предпочитая оставаться нагими, полы не должны являться источником простуды; большим распространением пользуется паркет, при чем паркет, положенный на асфальт, хорошо переносит мытье; все большее и большее распространение приобретает линолеум, накладываемый прямо на досчатый пол; впрочем, в беспокоимых отделениях больные легко сдирают линолеум; в ваннах и вообще в водолечебных помещениях удобнее всего пользоваться метлахскими плитками, но плиточные полы — холодные, и их вряд ли следует рекомендовать для помещений, занимаемых больными; различные составы в роде ксилолита, линолита, гранелита и др., появляющиеся в настоящее время в весьма большом количестве, находятся еще в периоде разработки, что доказывается их обилием и тем, что они удерживаются в практике лишь короткое время — настолько короткое, что ко времени ремонта нередко данного состава в продаже уже не существует.

Различные отделения лечебницы по своему внутреннему устройству и оборудованию представляют некоторые особенности. Отделение для спокойных больных состоит из помещений для дневного пребывания и из спален; желательно иметь, как общие палаты, так и отдельные комнаты; дневные помещения состоят из столовой, гостиной и зала; число комнат и их величина рассчитываются по количеству больных данного лечебного заведения. Комнаты меблируются просто, но удобно и даже комфортабельно: отделение не должно иметь ни в каком случае мрачного и сурового вида; в приемные дни в эти отделения могут допускаться посетители. Для развлечения больных в таком отделении бывает рояль или пианино, если позволяют средства лечебницы; устраивается биллиард. Кровати в спальнях обыкновенные.

Отделения для возбужденных больных меблируются проще, гардины на окнах, рояли и биллиарды в этом отделении, конечно, не допускаются, а в отделении для сильно-возбужденных больных нередко пользуются тяжелой дубовой мебелью, которую больные не могли бы превратить в орудие нападения: удобно заменять в таких отделениях кровати тяжелыми кушетками, обитыми кожей; отнюдь не следует привинчивать мебель к полу железными скобами, так как они могут при случае явиться орудием покушения на самоубийство, членовредительство и на жизнь окружающих. Отделение для возбужденных больных должно быть снабжено отдельными комнатами, в которые помещаются больные в случаях психодвигательного возбуждения, с целью дать им покойную обстановку и отделить их на время возбуждения от других больных; эти комнаты должны иметь вид обыкновенных небольших комнат, хорошо освещенных большими окнами и просто меблированных; они служат для отделения или сепарации больного только на время его возбуждения, в них удается нередко проводить постельный режим; такие сепарационные комнаты могут даже оставаться без дверей, двери оставляются лишь в небольшом числе таких одиночных комнат и закрываются только в случае, если больной беспокоит других своим криком или если вид открытых дверей и наблюдающих за ним лиц возбуждает или пугает его; двери устраиваются однополотенные, чтобы избегнуть лишних щелей и створок, в которых больной может ущемить различные части своего тела; они имеют закругленный край с той стороны, которой привешиваются к дверной раме, чтобы при закрывании двери также нельзя было ущемиться. В старых изоляторах до сих пор существуют в дверях маленькие отверстия тюремного типа (глазки), закрывающиеся извне, чтобы во всякое время, не входя в изолятор, можно было наблюдать за больным; однако, такой способ наблюдения действует на больных в высшей степени неприятно, нередко возбуждая их еще более; таких отверстий быть не должно: отдельные комнатки или оставляются без дверей, или служитель наблюдает за больным через полуоткрытую дверь, или в крайнем случае дверь может быть

совершенно закрыта на некоторое время. В отделении должны быть теплые полы и подходящая температура, так как есть больные, предпочитающие оставаться без платья и обуви. Не следует устраивать высокорасположенных окон тюремного типа, дающих мало света, — достаточно, если переплет окон будет мельче обычного, вершка по три в его отдельных клетках, чтобы больной не мог просунуть в него голову; обыкновенные стекла заменяются во всех таких отделениях толстыми стеклами, около 1 сант. толщиной, которые больному не часто удается разбить; во избежание вскакивания больных на окна, подоконники можно скашивать. Стены аршина на 2 ½ от пола окрашиваются светлой масляной краской, чтобы их можно было мыть, тем более, что больные сильно их загрязняют. Не следует рекомендовать для этих помещений дорого стоящих «резиновых стен», так как в них от резины держится очень неприятный запах, и цена их слишком высока и недоступна; обшивание стен на половину их вышины пружинящей вагонной обшивкой, хотя и стоит сравнительно не дорого, но вследствие образующихся в таких обшивках часто незаметных щелей, они могут являться гнездами скопления грязи и источниками инфекции. Лучше всего гладкие стены, покрытые светлой, масляной краской. Опасность, что возбужденный больной разобьется о каменную стену, весьма несущественна, во-первых потому, что таких случаев почти не бывает, а во-вторых потому, что главное место, в психиатрических заведениях занимает хороший надзор и уход за больными, который достаточно гарантирует безопасность и сохранность больных.

Освещение отдельных комнат должно быть достаточным, но не должно быть слишком резким, не должно беспокоить и раздражать больного; лучше всего помещать источник света возле потолка, пользуясь матовыми лампочками или плафонными фонарями вагонного типа. Иногда пользуются боковым освещением, устраивая помещение для лампочек в отверстии стены над входными дверями; в отверстие с обеих сторон вставлены стекла, и таким образом лампочка освещает одновременно и отдельную комнату, и помещение переднего коридора; однако, такая экономия света нежелательна, потому что при указанном устройстве остаются плохо освещенными оба помещения; правильнее освещать сепарационную комнату самостоятельно, а над входною дверью оставлять небольшое окно для того, чтобы свет из коридора, проникая через это окно, усиливал освещение сепаратора.

Хорошие шамотовые ванны наиболее желательны; их гладкая поверхность и белый цвет обеспечивают чистоту; еще лучше фаянсовые ванны, но они мало доступны, вследствие высокой цены. Ванны для всех отделений могут быть одинаковыми; для слабых больных иногда устраивается ванна с опускающеюся в нее брезентною сеткою, натянутою на металлическую раму; другие приспособления излишни; бассейны в полу с опускающимися на рычагах креслами и другие хитроумные приспособления только пугают больных. В тех лечебницах, где применяются продолжительные ванны, в которых больные остаются по несколько часов и даже по несколько дней, необходимо устройство особых ванных помещений, в которых поддерживалась бы достаточно теплая температура воздуха, а самые ванны должны быть снабжены регуляторами, благодаря которым вода в них также сохраняла бы постоянную температуру.

Отделение, в котором проводится постельное содержание душевно-больных или т. наз. постельный режим, представляется состоящим из одной или большего числа обширных палат, смотря по количеству находящихся в отделении больных, а также из нескольких отдельных комнат, так как не все больные подвергаются постельному содержанию в общей палате, а пребывание в постели в отдельной комнате является для них более показанным *) [82]). Так как постельные больные проводят в постели большую часть дня и остаются на ночь в том же самом помещении, то для таких помещений особенно желательны наилучшие условия, в смысле количества воздуха, света и вентиляции; полезно устраивать в таких палатах окна большей величины.

Для больных, страдающих судорожными падучными приступами, полезно иметь кровати на невысоких ножках, чтобы больные не расшибались, в случае падения с кровати; лучше, если у кровати высокие борты, исключающие вообще возможность выпадения больного из кровати; не следует только делать сетчатых решеток, чтобы не вносить в отделение материал, могущий послужить для покушений на самоубийство.

Вследствие особого состава больных психиатрических отделений очень важное значение в них имеет строгая организация контроля за регулярными обходами (дневными и ночными) отделений дежурным надзирательским персоналом; такой контроль необходим не только для уверенности, что отделения действительно своевременно обходятся, но, быть может, еще более для того, чтобы в случае какого-либо происшествия в одном из отделений в отсутствие дежурного надзирателя, последний имел возможность доказать, что он находился при исполнении своих обязанностей в другом отделении. Целям контроля служат особые контрольные аппараты в виде т. наз. контрольных часов, принцип устройства которых заключается в следующем: во всех отделениях лечебницы устроены скрытые в стене штифтики, которые поворачиваются посредством особого ключа; при повороте штифтика происходит замыкание электрического тока, что отражается особым сигналом в контрольном аппарате; аппарат представляет собою ящик с часовым механизмом, находящийся на стене в центральной части здания, напр., в конторе; вместо обыкновенного циферблата на пластинку часов накладывается бумажный циферблат, по периферии которого обозначены часы, а по радиусам номера отделений: замыкание тока в одном из отделений лечебницы тотчас же отражается на циферблате, так как стрелки, движущиеся по циферблату и снабженные острыми штифтиками, в момент замыкания тока прокалывают циферблат; место прокола указывает, в котором часу и в котором отделении произошло замыкание тока, давшее отметку на циферблате. Бумажные циферблаты приходится ежедневно менять; израсходованные циферблаты сохраняются наклеенными в

---

*) В. П. Осипов, 1. с. [70]), стр. 841.

особых тетрадях, так что по ним можно в любое время проконтролировать правильность обходов в лечебнице.

Конечно, каждая современная лечебница должна иметь оборудованную лабораторию для клинических исследований и для научных занятий врачей: необходимые средства для экспериментально-психологического исследования больных. Необходима благоустроенная секционная.

Административные помещения лечебницы, как контора, казначейская, а также приемныя, кабинеты для приема больных и др. приурочиваются к центральной части лечебницы.

Территория лечебницы обносится оградой, как во избежание бесконтрольных отлучек и побегов больных из лечебницы, так и во избежание проникновения в лечебницу нежелательных посторонних элементов. Стена защищает также гуляющих больных от посторонних взглядов, праздного любопытства, а нередко и от плохого, враждебного отношения со стороны невежественных людей.

VII.

Заведения для призрения душевно-больных и их необходимость; колонии; их характерные черты; устройство; связь колонии с лечебницей. Возникновение и примеры колонии заграницей и в России. Посемейное призрение душевно-больных, его возникновение, устройство и развитие; организация патронажа. Лечение и призрение душевно-больных в их жилищах и семьях, развитие и применение этой системы. Заведения для идиотов, умственно-отсталых, эпилептиков. Лечебницы для алкоголиков. Подготовка надзирательского и палатного персонала лечебниц.

В предшествующей главе шла речь об устройстве, преимущественно, лечебных заведений для душевно-больных, т.е., таких заведений, в которых находятся душевно-больные, нуждающиеся в лечении; однако, как уже было сказано выше, есть значительная категория душевно-больных, которые не столько нуждаются в лечении, сколько в призрении или, точнее, в содержании в специальном заведении; сюда относятся душевно-больные, острый период течения болезни которых закончился, но выздоровления не наступило, а болезнь приняла хроническое течение; при этом больные пришли в такое состояние, что они не могут жить самостоятельно, вне стен лечебницы, не могут по своим болезненным проявлениям жить и в домашней обстановке; между тем, при условии постоянного врачебного наблюдения эти лица в пределах специального заведения могут пользоваться довольно значительной самостоятельностью; сюда относятся также душевно-больные хроники, которые могли бы жить при условиях домашней обстановки, но у них нет семьи, которая дала бы им эту обстановку; также относятся сюда отчасти больные, психическое расстройство которых часто обостряется, рецидивирует. При удерживании душевно-больных в специальном заведении принимаются во внимание и соображения сексуального свойства, возможность беременности от лица, могущего передать в потомство болезненные наследственные задатки. Все подобные больные несомненно должны пользоваться большей свободой и самостоятельностью, чем та, которая может быть им предоставлена в психиатрической лечебнице в тесном смысле слова. Для таких по преимуществу спокойных, физически достаточно крепких хронических душевно-больных устраиваются т. наз. колонии. Так как пречисленные категории душевно-больных сравнительно мало нуждаются в лечении, и так как уход за ними гораздо легче, чем за острыми больными, то естественно, что они могут быть сгруппированы в гораздо больших количествах, чем больные в лечебницах. Поэтому, если лечебницы строятся на сотни больных, то заведения для хроников, колонии, рассчитываются на тысячу, полторы и даже на две тысячи больных. Это первое существенное отличие колонии от лечебницы, хотя бывают и лечебницы, содержащие больше тысячи больных, а также устраиваются лечебницы в сочетании с колониями, предназначенные в одно и то же время как для острых, так и для хронических больных. Но большое количество больных — характерная черта колоний, для малого количества колонии не устраиваются.

Вторая характерная черта колоний, как видно уже из самого названия, заключается в обширности земельного участка, входящего в ее состав; обычно этот участок выражается в размере многих десятков и даже нескольких сотен десятин; желательно, чтобы было достаточно земли под огородами, под пашнями, под сенокосом; желательно, чтобы был лес, была вода. Все эти условия необходимы потому, что в колониях достаточно крепкие душевнобольные широко допускаются к различным работам на свежем воздухе, как садоводство, огородничество, полевые работы, лесные, рыбная ловля и др. В какой степени душевно-больные могут быть допущены к работе, будет сказано ниже. Понятно, что в колониях в широких размерах осуществляются и различные ремесла и мастерства, как, напр., портняжное, переплетное, столярное и др., тем более, что среди населения колонии обычно находится не мало специалистов по указанным отраслям труда.

Третья, едва ли не самая характерная особенность колоний, заключается не в самом устройстве колоний, а в отношении к призреваемым в них больным, которые, подчиняясь общему режиму колонии, пользуются весьма значительной свободой в пределах колонии и даже отпусками за пределы колонии. В колониях вводится т. наз. система открытых дверей (open door), ведущая свое начало из Шотландии[89]).

Здания колоний устраиваются по павильонному типу, при чем отдельные павильоны предназначаются для различных категорий больных. Для небольших групп больных, состояние здоровья которых допускает более самостоятельный образ жизни, нередко устраиваются в некотором отдалении от главных зданий колонии бараки. В особом здании сосредоточивается административная часть управление колонией. В особых зданиях, а иногда в отдельных домиках, помещаются квартиры врачей, особо помещается надзирательский, фельдшерский и особо служительский персонал колонии. Желательно, чтобы хотя часть надзирательского и фельдшерского персонала имела помещения в самых павильонах для больных.

Конечно, среди душевно-больных обитателей колонии время от времени обнаруживаются случаи обострения душевного расстройства или рецидивов болезни; для таких больных общий режим колонии не

является подходящим, они нуждаются в немедленном помещении в лечебницу, поэтому в состав колоний обычно входит небольшое здание лечебницы, рассчитанной на 50-100-150 больных, смотря по числу больных в колонии; если колония находится невдалеке от лечебницы, то ее собственная лечебница может вмещать еще меньшее количество больных.

Если данная местность обслуживается в достаточной степени лечебницами для душевно-больных, то колония выделяется в более типическое учреждение, в смысле состава ее больных; чаще же для обеспечения помощи душевно-больному населению данной местности строится лечебница, а при ней с течением времени развивается естественным путем колония, питаемая больничным составом лечебницы. Таким образом развился тип лечебниц-колоний, представляющий среднее между теми и другими. При самом возникновении такой лечебницы должны быть приняты во внимание условия местности, отведенной под лечебницу; эти условия должны быть подходящими и для колонии, т. е., соответствовать требованиям, изложенным выше.

Блестящим примером образцовой колонии для душевно-больных является в Германии Alt-Scherbitz, расположенная в 15 мин. от Schkeuditz между Halle и Leipzig'ом. Колония находится в живописной местности, занимает около 300 гектаров земли; основана в 1876 г.; ее основанием было положено прочное начало колониальной системы призрения душевно-больных [84-80]). Во Франции колоний аналогичных Alt-Scherbitz'у нет, но колониальный режим применяется частично уже давно в Bicêtre и убежище Sainte-Anne в Париже, а в большом заведении Ville Evrard, расположенном в окрестностях Парижа, известным психиатром Marandon de Montyel была введена впервые во Франции система открытых дверей*). Постепенно колонии для душевно-больных появились и в других странах. В России настоящие колонии для душевно-больных, по образцу Alt-Scherbitz'a, появились позднее; частичное же применение колониального режима было введено в психиатрическую практику с 1873 г. в Колмовской больнице, находящейся в 3 верстах от Новгорода, д-ром Андриолли; он впервые в России организовал различные работы и занятия среди душевно-больных с чисто врачебной целью [87]). К 1881 г. должно быть отнесено основание известной колонии в селе Бурашеве, около Твери; хлопоча об устройстве этого учреждения, земство с самого начала решило выстроить лечебницу и приют для душевно-больных по образцу известного заведения в Alt-Scherbitz'e[87]). Одной из лучших по благоустройству новых колоний в России представляется Новознаменская Дача, расположенная вблизи ст. Лигово по Балтийской железной дороге, приблизительно в ½-ч. езды от Петрограда; в Москве хорошая лечебница-колония — Алексеевская больница для душевно-больных, т. наз. Канатчикова Дача; более обширная колония организована в селе Покровском-Мещерском.

Видное место в деле призрения и лечения душевно-больных занимает система посемейного призрения, patronage familial, ведущая начало из Бельгии, где она получила естественное развитие в местечке Gheel, находящемся по линии железной дороги недалеко (46 килом.) от Антверпена (Anvers).

Возникновение системы посемейного призрения душевно-больных связано с поэтической легендой о св. Димфне, считающейся покровительницей Gheel'я. Легенда относится к VI ст., когда христианство начало проникать в северную Ирландию. Дочь одного из ирландских королей, Димфна, была воспитана своей матерью в христианской вере и вела благочестивый образ жизни; мать ее умерла, а король, сначала не могший утешиться, воспылал страстью к своей дочери. Димфна в ужасе бежала вместе с св. отцом Гереберном и достигла Антверпена, а затем и Gheel'я, состоявшего в то время едва из 15 домов. Здесь беглецы построили часовню во имя св. Мартина, а для жилья хижину в лесу. Король, отправившись в погоню за Димфной, нашел ее и повторил свои предложения; встретив решительный отказ, он приказал воинам убить Гереберна, а Димфне, которую убить никто из воинов не решился, сам отсек голову мечом. Охваченный вслед затем помешательством, король бежал, поселяне же предали земле тела мучеников в том месте, где в настоящее время находится церковь, посвященная св. Димфне. Слух об ужасном злодеянии распространился по всей стране, а вместе с тем распространился слух и о чудесах, творящихся у могилы святой мученицы. Богомольцев стекалось все больше и больше. У могилы Димфны, павшей жертвой безумия своего отца, находили облегчение и исцеление безумные, душевно-больные, одержимые, по взглядам того времени, злым духом. При церкви для больных устроены были четыре комнаты, сохранившиеся еще до сих пор; вновь прибывавшие больные помещались в этих комнатах и оставались здесь 9 дней под присмотром двух женщин, посвятивших себя уходу за душевно-больными; эти женщины иногда заменялись женщинами селения; в течение 9 дней больной ежедневно посещался священником и молился у гроба св. Димфны; если он исцелялся, то случай регистрировался в летописях братства св. Димфны, если же исцеления не наступало, то процедура 9-ти-дневного моления (novêne) повторялась по несколько раз; при этом больной обычно уже не помещался при церкви, а помещался в квартире кого-нибудь из жителей Gheel'я, откуда и приводился в церковь.

Отсюда постепенно развился обычай помещать душевно-больных в частные дома. Жители Gheel'я культивировали этот обычай и привыкали к обращению и уходу за душевно-больными. Таким образом, задолго до организации в Gheel'e системы посемейного призрения Gheel служил фактически убежищем для душевно-больных. Но только в половине XVIII ст. правительство воспользовалось Gheel'ем для правильной организации патронажа.

Среди населения Gheel'я призревается около 2000 больных; для острых больных, если они окажутся, для случаев обострения болезни устроена небольшая лечебница, вмещающая 50-60 больных. Больные, состояние здоровья которых допускает нахождение в семьях, помещаются в большинстве случаев в семьях крестьян; интеллигентные же больные, привыкшие к известному комфорту, помещаются в семьях более зажиточных обывателей местечка. Больные регулярно навещаются врачами и надзирателями, следящими за хорошим обращением с больными, за качеством ухода за ними, за тем, чтобы больные, принимающие

---

*) Ballet, 1. c.[55]), p. 1326—1330.

участие в крестьянских работах, не перегружались ими. Если замечаются недочеты в указанных отношениях, то виновная семья лишается на время призреваемых больных. Плата за больного колеблется от 85 сантм. до 1,25 фр. в день, смотря по трудности ухода за ним (опрятные и неопрятные больные); плата же за больных, пользующихся комфортабельным пансионатом, гораздо выше и устанавливается по соглашению с родственниками больного. Gheel с окрестностями раскинулся на пространстве около 11 тыс. десятин; посещение его производит чрезвычайно приятное впечатление, особенно же при сознании, что большинство душевно-больных, пользующихся там весьма значительной свободой, при других условиях оставались бы в убежищах для хроников [62]) [88-89]).

Пишущий эти строки однажды провел в Gheel'e два дня, при чем случайно попал в день памяти св. Димфны; местечко было оживлено приготовлениями к празднику и самым празднованием; улицы были декорированы флагами и гербами тех местностей, в которых применяется patronage familial, в том числе и русских; в Деревянном театре была поставлена с участием душевно-больных легенда о св. Димфне, разыгранная весьма удовлетворительно.

Gheel, начавший призревать душевно-больных с VI ст., лишь в XIX ст. получил правильную организацию вместе с признанием системы посемейного призрения; для этого потребовалось целых тринадцать столетий; многие весьма авторитетные психиатры возражали против системы, да и в настоящее время находятся ее противники. Однако, получив признание, система довольно успешно завоевала свои права, распространяясь как в самой Бельгии, так и в других странах. Так, в 1884 г. в Бельгии же недалеко от Liege была устроена колония Lierneux[90]); во Франции колония Dun-sur-Auron в 28 клм. от Bourges была основана в 1892 г. В Германии возникновение патронажа в значительной степени обязано частной инициативе д-ра Wahrendorf, организовавшего призрение в 1880 г. в Ilten (Hannover), хотя еще в конце XVII ст. в Германии вблизи Bremen'a уже было положено начало посемейного призрения д-ром Engelkens [88-89]). Постепенно посемейное призрение развилось и при некоторых крупных правительственных и городских лечебницах Германии, как, напр., Dalldorf и Herzberge в окрестностях Berlin'a. В России нет такого широкого развития патронажа, как в Бельгии, он существует при некоторых крупных лечебницах, подобно тому, как в Германии; так, существуют патронажи под Петроградом[91a]), Москвой, около Нижнего Новгорода, Екатеринослава, Воронежа[91]).

Организацию патронажа лучше и правильнее всего начинать в окрестностях лечебного заведения, так как в этом случае возможно тщательно следить за больными, что особенно важно в начале развития патронажа, когда семьи, в которых помещаются душевно-больные, еще недостаточно освоились с новым для них делом. Заслуживает внимания идея К. Alt, рекомендующего помещать больных в семьях служителей, селящихся в окрестностях лечебницы. При организации обширного патронажа на подобие Gheel'я, необходимо устройство при нем лечебницы. Не следует устраивать посемейного призрения вдали от лечебницы; оно должно быть связано с нею теснейшим образом; в противном случае затрудняется врачебный надзор, и этим значительно суживается контингент больных, подлежащих посемейному призрению.

Правильно и хорошо организованное посемейное призрение, особенно при тщательном подборе призреваемых больных и тщательном надзоре со стороны врачей и надзирателей, заслуживает распространения и поддержки.

Кроме приведенных разновидностей лечебниц для душевно-больных, заведений для призрения их и различных систем призрения, следует еще остановиться на лечении и призрении больных в их собственных жилищах, в их собственных семьях. Фактически в большинстве стран, в которых, как, напр., в России, едва десятая часть душевно-больного населения попадает в специальные заведения, остальные $^9/_{10}$ находятся в населении и живут в семьях своих родных; да и в тех странах, в которых дело призрения душевно-больных поставлено гораздо шире, как, напр., в Германии (призревается до 60% больных) или в Шотландии (призревается до 80%), все-таки внушительное количество от 20—40% душевно-больных остается в населении. Конечно, там, где в населении остается до $^9/_{10}$ всего числа душевно-больных, приходится усиленно стремиться к расширению общественного их призрения; но с другой стороны нет достаточных оснований требовать, чтобы все душевно-больные без исключения находились в специальных заведениях; напротив, если значительная категория больных может пользоваться системой посемейного призрения в чужих семьях, то несомненно немалое число больных может оставаться и в своих семьях при условии организации правильной обстановки и ухода за ними, отвечающих специальным врачебным требованиям, т. е., при условии превращения нахождения душевно-больных у себя дома в систему призрения и лечения их дома. Больные, относительно которых признано врачами после более или менее продолжительного пребывания их в лечебнице или без этого, что они могут находиться у себя дома, подвергаются в домашней обстановке регулярному наблюдению врачей подобно тому, как при посемейном призрении; в случае соответствующих медицинских показаний, они переводятся в лечебницу; также переводятся они в лечебницу и в случае замеченного неудовлетворительного обращения и ухода за ними со стороны родственников, на попечении которых они находятся. Так как при проведении и развитии системы должен уменьшиться приток больных в специальные заведения, то, как и при посемейном призрении, семьи больных могут получать определенное вознаграждение за содержание своих больных.

Различные авторы различно относятся к системе призрения душевнобольных в их собственных семьях; указывается между прочим, что нередко родственники хуже относятся к своим душевно-больным, чем посторонние люди, но следует признать, что при надлежащем врачебном контроле и правильной

организации система может принести существенные результаты. Одним из серьезных сторонников и поборников системы призрения душевнобольных в их собственных семьях является амстердамский психиатр J. van Deventer [92-93]).

Особые заведения желательны для идиотов и умственно отсталых; желательны они потому, что эти патологические состояния обнаруживаются уже в раннем детстве, помещать же детей в общие лечебницы со взрослыми душевно-больными не следовало бы, так как дети могут подвергнуться со стороны первых различным неблагоприятным влияниям и приобрести различные вредные привычки; второй повод для выделения таких заведений заключается в особых методах лечения, обучения и воспитания идиотов и умственно-отсталых; приспособлением к проведению этих методов проникнуто все устройство заведения и его жизнь. Нередко в заведения для идиотов принимаются и эпилептики, что вполне понятно, так как идиотия и эпилепсия часто наблюдаются во взаимном сочетании, являясь следствием одной общей причины. К сожалению, специальных заведений рассматриваемого типа очень мало. Как на одно из первых и образцовых учреждений можно указать на специальное отделение в Bicêtre, достигшее значительного развития и процветания под руководством покойного Bourneville. У нас в России специальные заведения для отсталых и идиотов начали быстро развиваться лишь со времени революции, когда заботы о детях были выдвинуты государством на первый план.

Существуют и специальные лечебные заведения для эпилептиков, хотя их очень мало. Самое большое из них находится около Berlin'a—Wuhlgarten. содержащее 1200 больных; в Саксонии — Uchtspringe (не одни эпилептики); в Америке — Craig colony.

В больших заведениях для душевно-больных обыкновенно приходится эпилептиков, особенно, страдающих частыми судорожными приступами, выделять в особые отделения; в этих отделениях должны быть приспособления, до известной степени защищающие больного от ушибов; в таких отделениях больные пользуются кроватями на низеньких ножках; при падении с этих кроватей они не рискуют ушибиться; иногда пользуются кроватями, снабженными перилами, препятствующими выпадению больного из кровати во время судорожного приступа; но главное достоинство таких отделений, а особенно специальных заведений, заключается в том, что они могут обслуживаться палатным персоналом, получившим профессиональное воспитание именно в этих отделениях и потому хорошо знакомым с особенностями своих больных; такой палатный надзиратель не растеряется при виде внезапного судорожного приступа, овладевшего больным, а тотчас примет необходимые меры, чтобы защитить больного от ушибов и ранений; такой надзиратель во-время подметит и развитие у больного психического эквивалента с более или менее резко выраженным состоянием психодвигательного возбуждения, примет соответствующие меры и своевременно сообщит об этом дежурному фельдшеру и врачу. Особенность заведений для эпилептиков заключается еще в том, что больные, не страдающие эпилептическими психозами, а страдающие относительно редкими падучными приступами, или в периоды свободные от приступов и психических эквивалентов, могут пользоваться в пределах самого заведения и даже вне его гораздо большею свободою и самостоятельностью, чем те же больные, подчиняющиеся общему режиму обыкновенного заведения для душевно-больных. Надо надеяться, что по мере развития дела призрения душевно-больных, вообще в достаточной степени, разовьются и заведения для эпилептиков, пока насчитываемые лишь единицами[94]) .

Кроме указанных заведений различного типа и для различного рода больных, существуют еще специальные лечебницы для алкоголиков и наркоманов вообще; эти лечебницы, как и заведения для умственно-отсталых детей, существуют до настоящего времени в очень ограниченном количестве и обязаны своим существованием почти исключительно частной инициативе.

Хорошее и правильное устройство и оборудование лечебницы или заведения для душевно-больных само по себе еще не обусловливает всей полносты хороших качеств, которыми должно обладать это учреждение. Значение первостепенной важности принадлежит, конечно, качествам персонала, обслуживающего лечебницу, начиная с врачей, фельдшеров и надзирателей и кончая служителями. Врачи-психиатры должны проникнуться гуманной идеей служения душевно-больному человеку, и эта идея осветит и согреет их тяжелый и нередко опасный путь. Врач, как человек образованный и получивший специальное высшее образование, сравнительно легко приобретает необходимые практические знания и опыт. Сложнее обстоит дело по отношению к надзирательскому и фельдшерскому персоналу, который в большинстве случаев совершенно не подготовлен к уходу за душевно-больными и обращению с ними. При отсутствии у этих лиц общей и специальной теоретической подготовки (особенно у надзирателей) практические сведения приобретаются ими медленно, без достаточно ясного понимания значения тех или иных приемов ухода и обращения с больными; для того, чтобы дать возможность надзирателям и фельдшерам сознательно и правильно исполнять свои обязанности, отчего много выиграют душевнобольные, необходима организация для них специальных чтений по уходу за душевно-больными; такие систематические чтения могут вестись врачами учреждения; в этих чтениях должны даваться сведения о строениях и функциях центральной нервной системы, сведения по психологии, психопатологии и затем уже практические, сведения. Практические результаты таких чтений тотчас же отражаются благотворно на больных и кроме того сближают врачей с надзирателями и фельдшерами, так как им становится ясной и понятной целесообразность различных распоряжений врача. Как на пример подобных чтений, можно указать на курс, читавшийся д-ром М. С. Добротворским слушательницам курсов при Общине св. Евгении в Петрограде[95]).

Гораздо труднее организовать для лечебницы кадр хороших палатных надзирателей, тем более, что

помимо личных качеств грамотность является максимальным требованием, которое можно пред'явить к ним, да и то не всегда. Лечебное заведение - единственное учреждение, в котором эти лица могут получить подготовку по уходу за душевно-больными; эта подготовка должна иметь своей целью не только сообщение служительскому персоналу необходимых общих и частных сведений, но должна быть также направлена на смягчение нередко грубых нравов и развитие гуманного отношения к душевно-больному человеку со стороны служителей и сиделок. Вопрос об улучшении качества палатного персонала — больной вопрос психиатрических заведений, давно выдвинутый жизнью и постоянно выдвигаемый в заседаниях специальных обществ и с'ездов. Особенно рельефно вопрос о мерах поднятия уровня палатного персонала заведений для душевно-больных в связи с обучением и специальной подготовкой к уходу за ними был выдвинут в докладах Нижегородцева[96]), Мендельсона[97]) и Морозова[98]) в ряде заседаний Общества психиатров в С.-Петербурге в 1897 г. и в прениях и постановлениях Общества по этим докладам. Д-ра Мендельсон и Морозов одни из первых явились организаторами таких занятий в больнице св. Пантелеймона в Петрограде; в их докладах приводятся и примерные программы занятий со служителями; во время занятий должны сообщаться сведения о больничном призрении и организации больничной службы, о строениях и функциях человеческого тела, основные понятия по личной и общественной гигиене, по уходу за больными вообще; сведения по оказанию первой помощи в несчастных случаях и, наконец, понятие о душевно-больных и об уходе за душевно-больными. Практика лиц, проводивших подобные курсы, показала, что результаты, ими достигаемые, весьма существенны; поэтому для пользы дела лечения и призрения душевно-больных следует весьма настоятельно пожелать, чтобы аналогичные курсы организовывались при всех психиатрических заведениях; в крупных центрах, где таких заведений много, желательно организовывать, в видах упрощения дела, общие курсы для персонала различных лечебниц.

VIII.

Содержание науки психологии и ее методы. Метод самонаблюдения, экспериментальный, об'ективный, психопатологический; зоопсихология. Психология описательная и об'яснительная, экспериментальная. Значение методов психологии. Несостоятельность деления душевной деятельности на отдельные сферы — интеллекта, чувства и воли. Ощущение. Психофизический параллелизм. Количественные и качественные различия ощущений. Источники ощущений. Память. Представление. Свойства представлений. Представления времени и пространства. Понятие. Ассоциация идей, ее законы и свойства. Условия связного мышления. Суждение, умозаключение. Воображение; фантазия.

Изучению болезненных уклонений в области душевной деятельности необходимо должно предшествовать знакомство с функциями душевной жизни здорового индивидуума. Как было указано в I главе предлагаемого курса, совокупность психических функций индивидуума составляет содержание понятия души. Наука, занимающаяся изучением содержания душевной деятельности, изучением свойств психических процессов, изучением законов, которым подчиняются и по которым протекают психические процессы, носит название психологии. Психология должна отметить наличность различных психических процессов, должна проанализировать эти процессы, привести их в определенную систему и связь; этим, однако, задача психологии не ограничивается: научной мысли присуще стремление об'яснить свойство и происхождение изучаемого явления; это качество об'яснения происхождения психического процесса принадлежит, конечно, и психологии.

Психология пользуется для своих целей различными методами. Самый старый метод есть метод непосредственного наблюдения протекающих психических процессов, или точнее, самонаблюдения; метод индивидуальный, известный еще под названием психологического; применение этого метода заключается в анализе переживаемых психических процессов, их изучении в отдельности и во взаимоотношении и в составлении определенных выводов на основании такого самонаблюдения.

Другой метод есть метод опыта или эксперимента, когда известный психический процесс, подлежащий изучению, ставится в обстановку опыта, создаваемую большею частью искусственно, и в этой обстановке изучается по возможности с момента его возникновения и до окончания. Эксперимент лежит в основе т. наз. экспериментальной психологии или психофизики по терминологии Fechner'a. Метод самонаблюдения лежит в основе развития суб'ективной психологии, хотя, конечно, самонаблюдение входит и в экспериментальную психологию, в широком смысле слова.

Психология может быть описательной или феноменологической, если она лишь описывает входящие в ее содержание явления или феномены, и может быть об'яснительной [99]), если она ставит себе целью об'яснять свойства и происхождение наблюдаемых явлений. Целям об'яснительным дает очень много экспериментальная методика, которая ниже будет разобрана подробно, здесь же своевременно упомянуто, что в состав этой методики входит т. наз. психометрия, способы которой позволяют измерять скорость и некоторые другие качества психических процессов.

По справедливому замечанию Höffding'a [100]), суб'ективная психология должна быть дополнена об'ективною; целям об'ективного исследования служит психометрия и другие методы экспериментальной психологии; за последнее время об'ективная психология или, точнее, об'ективный метод в психологии, подвергся весьма существенной разработке и развитию в трудах И.П. Павлова [101]) на животных и В. М. Бехтерева [102]) в применении к человеку. Целям психологии служат также сравнительно-психологический метод, заключающийся в возможной проверке суб'ективной методики на других; сравнительно-

психологический метод имеет обширное применение при изучении психологии толпы [103-107]), психологии народов[108]).

Научная дисциплина, изучающая психическую жизнь душевно-больных, носит название психопатологии или патологической психологии; при изучении болезненных проявлений душевной деятельности получают освещение некоторые стороны психики душевно-здоровых людей; отсюда проистекает психопатологический метод в психологии, видное место в разработке которого принадлежит Störring'у[109]).

Наконец, большой интерес представляет изучение психической жизни животных, составляющее предмет зоопсихологии[110]).

Из сказанного вытекает, что изучение душевной деятельности происходит посредством применения целого ряда методов; все эти методы ценны, все они необходимы, они взаимно дополняют друг друга. Если об'ективная методика и дает в результате об'ективно достоверный факт, она не может входить во внутреннюю, суб'ективную сторону душевной жизни, процессы которой без применения субъективного метода останутся темными и даже неизвестными; если с другой стороны, суб'ективная методика, как имеющая дело с колеблющимися и изменчивыми психическими процессами, дает весьма индивидуальные результаты, зато пользование ею обусловливает непосредственное наблюдение психического явления, и она может быть проверена путем сравнительным, вносящим в нее известную степень об'ективности. Одно изучение внешних проявлений психической деятельности, свойственное об'ективной методике, хотя бы и в условиях эксперимента, не в состоянии дать полного представления о процессах душевной жизни индивидуума. Об'ективная методика выясняет физиологическую, биологическую основу психических процессов, являющуюся их несомненным субстратом и неотделимую от них; однако, при всей необходимости и безусловной важности этого выяснения, нельзя не согласиться с Höffding'ом[*]), что об'ективная методика в своей последней инстанции, т. е., при установлении соответствия физиологического процесса психическому, основывается на заключении по аналогии. Научное направление, пользующееся применением исключительно об'ективных методов, основанных на исследовании психо-рефлексов, носит название психорефлексологии.

Итак, для полного и всестороннего развития науки о душе, психологии, необходимо пользоваться всеми описанными методами в их взаимоотношении.

Душевную деятельность, составляющую предмет психологии, принято делить на сферу или область ума, чувства и воли. К сфере ума или интеллекта относятся психические процессы, направленные на познавание и понимание предметов внешнего и внутреннего мира; содержание этой области, которая еще носит название познавательной, составляют процессы мышления. К области чувства или эмоций относятся душевные переживания, колебания чувственного тона, свойственные человеку. Сфера воли есть область желаний, стремлений, действий, поступков. Однако, за последнее время указанное деление процессов душевной деятельности встречает все больше и больше справедливых возражений. Во-первых, психические процессы настолько тесно и неразрывно связаны между собою, что отнесение их к различным строго определенным сферам душевной деятельности нередко бывает затруднительным, самое же деление содержания душевной жизни на три определенных и самостоятельных сферы несомненно представляется искусственным: во-вторых, самые термины, не вызывавшие раньше недоразумений, в особенности термин «воля»[111]), встречают в настоящее время различное и далеко не единодушное к себе отношение и толкование. Поэтому лучше не пользоваться приведенным делением содержания душевной деятельности на сферы, а говорить об отдельных психических процессах, их сочетаниях и взаимоотношениях, если же проводить указанное деление, то лишь условно, с тщательным и точным определением содержания приведенных понятий. Справедливость сказанного выступает особенно отчетливо и рельефно в области психопатологии, где обычно наблюдаемые расстройства душевной деятельности заключаются в одновременном поражении различных сфер, при чем нередко бывает чрезвычайно трудно и даже невозможно определить, которая сфера поражается преимущественно.

Если периферический нервный аппарат одного из органов чувств (зрение, слух, осязание, обоняние, вкус) подвергается соответствующему раздражению, то это раздражение передается посредством центростремительных нервных проводников, приходящих в возбужденное состояние, элементам центральной нервной системы, головного мозга; эти элементы по представлению об'ективной методики получают впечатление (Бехтерев[**])) от передачи раздражения; развивающийся в связи с раздражением биологический процесс запечатлевается в головном мозге, элементы которого получают соответствующий отпечаток; в непосредственной связи с указанной физиологической или биологической реакцией на раздражение возникает простейшая психическая реакция, а именно, чувственное ощущение.

Как психический процесс возникает из физического, решить в настоящее время не представляется возможным; можно лишь признать несомненным, что психический процесс ощущения, равно как и другие психические процессы, развиваются и протекают в непосредственной связи и теснейшей зависимости от биологических; так возникает принцип психофизического параллелизма, охватывающий теснейшим образом связанные между собою две стороны психофизического процесса.

Психофизический параллелизм не подразумевает непременно одинаковую интенсивность физических и психических

---

[*]) Höffding, 1. c.[100]), стр. 28.

[**]) В. М. Бехтерев, 1. c.[102]), стр. 36.

процессов, т. е., строго параллельное повышение или понижение силы психической реакции в соответствии с физическим процессом, а подразумевает лишь две стороны явления. Отвергая принцип психофизического параллелизма па основании количественного несоответствия процессов психических с физическими, Бехтерев[529]) предлагает для обозначения психических явлений термин «соотносительных»; этим термином устанавливается соотношение явлений, установленное уже ранее; вряд ли можно признать этот термин удачным, так как он, подчеркивая соотносительность явлений, не исключает и соотношения силы, против которого возражает автор. Если необходимо изменить терминологию, то я предпочел бы термин «сосуществующих» явлений, устанавливающий их неразрывную связь и не касающийся их силы. Если желательно выдвинуть причинную зависимость психических явлений от их биологического субстрата и происходящего в нем процесса, то правильно говорить о «последовательных» или «вторичных» явлениях, принимая их, как суб'ективную реакцию на биологический процесс, или просто о «реактивных» явлениях.

Не каждое, раздражение вызывает соответствующее ощущение; для того, чтобы получилось ощущение, раздражение должно быть известной силы; пока сила раздражения не достигла определенной степени развития, ощущения не возникает, наименьшая сила раздражения, вызывающая минимальное ощущение, носит название минимального или низшего порога раздражения. С усилением раздражения усиливаются и ощущения, при чем отношение между силой ощущений и раздражений подчиняется определенному закону, который будет разобран ниже. Однако, нервно-психическая организация такова, что усиление раздражения может восприниматься и развиваться в психический процесс ощущения только до известных пределов [112-113]); есть степень или сила раздражения, повышение которой не влечет за собой повышения силы ощущения; такое предельное раздражение называется максимальным, высшим порогом или пределом раздражения.

Из сказанного ясно, что ощущения могут различаться между собою в количественном отношении; они могут быть едва заметными, слабыми, средними, сильными, весьма сильными и т. д. Напр., различаются оттенки одного и того же цвета; сила звуков музыкального инструмента выражается терминами pianissimo, piano, piano forte, forte, fortissimo; болевые ощущения бывают легкими, сильными, нестерпимыми и т. под. Вместе с тем сила ощущений дальше известного наибольшего предела становится несравнимой: нельзя, напр., различить усиление силы света вольтовой дуги выше известных пределов, нельзя представить яркость света сильнее солнечного освещения в ясный день, равно как и колебания яркости солнца незаметны, несмотря на происходящие на солнце возмущения; то же самое относится и к звуковым и другим ощущениям; этим, напр., об'ясняется, почему увеличение численного состава хора или оркестра выгодно лишь до известного предела, почему неразличимы известные предельные степени вкуса (сладкого, соленого, горького) и запаха и т. под. Все приведенные примеры относятся к силе или интенсивности ощущений. Другое количественное свойство ощущений есть их продолжительность; протекая во времени, ощущения могут быть более или менее длительными.

Ощущения различаются также в качественном [114-115]) отношении; качественная разница прежде всего обусловливается происхождением ощущения из раздражения различных органов чувств; отсюда проистекают зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и осязательные ощущения: относительно последних нельзя не согласиться с Ziehen'ом[*]), что их необходимо расчленить детальнее, так как кожа представляется органом нескольких чувств, правильно было бы говорить о кожно-мышечных ощущениях, как осязательном, болевом, температурном, волосковом и др. Ощущения, обязанные своим происхождением одному и тому же органу чувств, также могут отличаться качественно, напр., ощущения цветов — красного, зеленого, синего, ощущения вкуса - горького, кислого, сладкого, соленого и т. д.

Возникновение ощущений обычно сопровождается особой психической реакцией, чувственным тоном, определяющим отношение человека, испытывающего ощущение, к этому последнему; отсюда различаются приятные и неприятные ощущения; первые сопровождаются чувством удовольствия, вторые — неудовольствия; могут быть ощущения безразличные; обычно они настолько слабы, что не сопровождаются ясно выраженным чувственным тоном. Ощущения еще могут различаться по своей локализации в пространстве.

Кроме перечисленных источников ощущений, человек получает ряд ощущений со стороны внутренних органов; эти ощущения обусловливаются такими раздражениями, как движение внутренних органов, биологические процессы, в них происходящие; при обычных условиях, вернее при хорошем здоровье, эти ощущения мало заметны; человек так привыкает к ним, так сживается с ними, что они ускользают от его внимания; зато при патологических условиях, о которых речь будет впоследствии, они имеют большое значение; никто, напр., не чувствует своего кишечника и не думает о нем, пока нарушение его функций не приведет к развитию болей или урчания; никто не ощущает своих суставов, пока они не начнут хрустеть при движениях.

Ziehen[**]) под названием общих ощущений выделяет ощущение равновесия, ощущение жажды, голода, насыщения, обусловленных раздражением внутренней поверхности пищевода, желудка и отчасти стенок брюшной полости (насыщение), и ощущение утомления.

Раз возникшие ощущения не исчезают бесследно — они запоминаются; выше было уже указано, что в связи с нервным возбуждением, вызванным тем или иным раздражением периферического нервного аппарата, получается в нервных элементах коры головного мозга известное впечатление или отпечаток в виде следа бывшего раздражения; этот след является непосредственным субстратом ощущения; вместе с тем в очевидной связи с этим следом находится одно из двух основных свойств способности памяти, известное

---

[*]) Ziehen, 1. с.[115]), стр. 64.
[**]) Ziehen , 1. с.[115]), стр. 92.

под названием запоминания. Другое существенное свойство памяти заключается в возможности воспоминания или воспроизведения пережитых ранее ощущений, обусловленной оживлением соответствующих этим ощущениям следов.

Благодаря особому психическому процессу, о котором будет сказано ниже и который протекает, подчиняясь особым определенным законам, ощущения соединяются и связываются в группы; предметы внешнего мира оказывают влияние на органы чувств различными присущими им качествами; качеств этих бывает обыкновенно несколько, и вызывают они различные ощущения, действуя нередко на различные органы чувств; ощущения, возникающие от одного предмета, связываются в один комплекс, являющийся умственным образом, символом предмета или представлением. Конечно, простейшим представлением является представление простого раздражения или связанного с ним ощущения.

Подобно ощущениям, представления запоминаются и вспоминаются; эти свойства присущи психическим процессам вообще. Развиваясь из ощущений, представления повторяют свойства последних: они бывают различной интенсивности или силы, различной яркости, они сопровождаются различным чувственным тоном; они отличаются своим содержанием. У одних людей легче развиваются и воспроизводятся преимущественно одни представления, у других — другие, напр., зрительные или слуховые. Точно также и яркость представлений у различных людей различна, в зависимости от их индивидуальных свойств; яркость или отчетливость представлений подвергается значительным колебаниям и у одного и того же лица, что зависит, главнейшим образом, от силы ощущений, входящих в состав представления. При условиях патологических яркость представлений может достигать чрезвычайной силы, но и у здоровых людей представления могут быть очень яркими, вообще же представления при обычных условиях не отличаются значительной яркостью, у многих они даже не представляются окрашенными, напоминая серые фотографические диапозитивы.

Особое место среди представлений занимают представления времени и пространства; оба эти представления возникают, конечно, также благодаря деятельности органов чувств, способности к передвижению самого человека и передвижению окружающих его предметов по отношению к нему; также благодаря тому, что каждый данный момент переживается не сам по себе, не в отдельности, а присоединяется к прошлому. Время и пространство являются формами, в которых мыслятся и располагаются все предметы; эти представления присоединяются к другим представлениям *).

Если от нескольких однородных представлений отделить ряд характеризующих их существенных признаков, руководствуясь соображениями значения и целесообразности предметов, соответствующих данным представлениям, то получится общее представление или понятие; каждое отдельное представление, покрываемое понятием, относится к нему, как частное к общему, т. е., содержит все существенные признаки последнего и, кроме того, признаки, характеризующие частное и дающие ему право на относительную самостоятельность.

Стул, диван, кушетка, кресло, все это предметы, назначение которых удовлетворять потребностям удобства, отдыха, комфорта; все они имеют общие признаки, ножки для опоры, сиденья, спинки, все указанные признаки соответствуют общему понятию мебели, разновидностей которой с характерными деталями неопределенно много. Понятию оружия соответствуют предметы, существующие для целей нападения и защиты от врага; ничего общего нет по внешнему виду, напр., между кинжалом, луком и пушкой, однако, по своему содержанию и назначению все эти предметы послужили для выработки общего представления или понятия об оружии. Дуб, ландыш, кактус, камыш — предметы, имеющие на первый взгляд мало общего между собою; однако, все эти предметы покрываются общим понятием растения, так как им всем присущи признаки, обосновывающие это понятие, как признак роста, отношения к свету, воздуху, временам года, способ размножения и др., а также ряд отрицательных признаков, отличающих все эти предметы от животных.

Человек испытывает ряд ощущений, проистекающих из его внутренних органов; эти ощущения лежат в основе развития сложного комплекса, который определяется термином Я.

Итак, из процессов, составляющих содержание душевной деятельности, здесь рассмотрены ощущение, представление, понятие; по мере жизненного опыта, индивидуум получает громадное количество этих основных элементов психической деятельности; благодаря уже упомянутым выше свойствам памяти, дающим человеку возможность запоминать и воспроизводить, из громадного количества ощущений и представлений возникает богатейший психический запас; однако, наличности одного этого запаса далеко недостаточно для психических операций; если бы душевная деятельность ограничивалась только рассмотренными здесь психическими процессами, то мышление не оказалось бы возможным; в этом случае человек обладал бы лишь громадным запасом для мышления, из которого не возникло бы ни одной связной мысли; этот психический материал можно было бы сравнить с лавкой старьевщика, в которой предметы, приобретенные в различное время, стоят без всякой разумной группировки, в случайном сочетании, лежат кучами — рядом с саксонской вазой лежит музыкальный инструмент, бисерный кисет и черешневая трубка; его можно сравнить также с обширной библиотекой, не имеющей каталога, книги которой тесно стоят на полках, будучи, однако, расположены без всякой руководящей системы; ясно, что продуктивно работать в такой библиотеке и пользоваться ею невозможно, для этого ее необходимо привести в порядок, привести ее

---

*) Lippe, 1. c.[99]), стр. 93—135. Wundt, 1. c. [114]), вып. III, X, XII. Zjehen. 1. c.[115]), стр. 85, 136, 152.

в определенную систему, основанную на известном принципе; так и в душевной деятельности: ощущения, представления, понятия, идеи, удерживаемые памятью, не воспроизводятся изолированно, в одиночку, а в различных сочетаниях; эти психические элементы соединяются между собою, сочетаются, ассоциируются, что обозначается в психологии общим названием сочетания или ассоциации идей.

Способность ассоциации присуща, как самым простым, так и самым сложным психическим элементам: ощущение, элементарное, простейшее представление в сочетании с таким же простейшим или более сложным представлением дает более или менее сложный комплекс; сложные представления, сочетаясь между собою, усложняются еще более; ассоциируются не только отдельные представления, но и группы представлений.

Благодаря ассоциации идей, приводится в движение тот запас психического материала, о котором была речь выше, и развивается мышление. Процесс мышления, заключающийся в сочетании между собою отдельных представлений и суждений, в выводах или умозаключениях, является весьма сложным и стройным процессом, характеризующимся известной закономерностью; этот сложный психический процесс показывает с очевидностью, что ассоциация идей происходит не беспорядочно и случайно, а в относительном подчинении некоторым правилам и законам.

Если в сознании человека, — воспользуемся этим термином не об'ясняя его пока, — возникает некоторое представление *а*, находящееся в некотором отношении к представлению *б*, тоже возникающему при этом в сознании, то каждый раз, когда впоследствии будет воспроизводиться представление *а*, одновременно с ним или вслед за ним будет возникать связанное с ним представление *б*; это будет повторяться до тех пор, пока след одного из этих представлений или обоих не изгладится давностью, отсутствием повторения или вытеснением другими впечатлениями, иначе говоря, пока оно не забудется.

Отношения между представлениями, устанавливающие и обусловливающие их ассоциативную связь, могут быть различными; лучше всего выяснить их на примерах.

Врач, приглашенный к больному, исследуя его кожную чувствительность, колет его булавкой; встретив впоследствии врача, больной вспоминает о булавке; при этом сам он, анализируя свои психические процессы, может долго не догадываться, почему встреча с врачей вызвала в его психике представление булавки; между тем, это воспроизведение представления булавки в связи с встречей или в другом случае даже просто при упоминании имени этого врача об'ясняется тем, что больной получил впечатление от булавки, бывшей при исследовании в руках врача, т. е., впечатление смежное по времени и по пространству с впечатлением от личности врача. Таким образом у больного установилась ассоциативная связь между представлением о враче и булавке, приводящая к тому, что появление одного из этих представлений влечет за собой воспоминание о другом или, вернее, воспроизведение другого; эта установившаяся связь представлений основывается на законе смежности. Встреча во время прогулки со скачущим верхом кавалеристом вызвала у гулявшего мысль о брате; брат его тоже служит в кавалерии, и сходство положений скакавшего офицера и брата вызвало воспоминание о последнем; возникла ассоциация по сходству.

Ассоциативные воспроизведения далеко не всегда так просты; чаще приходится иметь дело с длинной цепью ассоциаций; при этом иногда бывает очень трудно установить ассоциативную связь между элементами психической деятельности; напр. встреча в городе с товарищем вызывает представление о дачном местечке, в котором встретивший провел лето; товарищ не жил в той местности, даже не бывал там, и о минувшем лете с ним не было разговора; откуда же такая ассоциация? Почему она возникла? В данной местности жил господин с черными закрученными кверху усами, точь в точь, как у товарища; при виде его усов не один раз вспоминался товарищ; а теперь вид товарища, или точнее, его усов, вызвал по сходству товарища с дачником воспоминание о дачной местности; получилась сложная ассоциативная цепь, установившаяся по законам сходства и смежности.

Представление черного вызывает представление белого; вид медленно тянущегося обоза или длинного товарного поезда нередко связывается с представлением о быстром движении; при виде очень высокого человека возникает мысль о карлике; плохо написанная картина заставляет думать о произведениях великих художников, особенно заставляют думать о них посещения выставок современных «кубистов», «футуристов» и т. под.

Во всех приведенных случаях ассоциация основывается на противоположности свойств возникающих представлений или на контрасте, являющемся лишь частным случаем сходства. Законы смежности, сходства и контраста были установлены еще Аристотелем; он же выдвигал параллельно законы тождества, одновременности и последовательности, которые покрываются смежностью и сходством.

Для об'яснения связного мышления нет надобности в установлении активного верховного начала, понимаемого некоторыми психологами под названием апперцепции, обусловливающего выбор того или иного представления и определяющего направление мышления; против такого понимания апперцепции справедливо возражают Ziehen, Münsterberg [117]) и др., а из вышеизложенного видно, что направление мышления дается, а не активно избирается.

Простейшим выражением связного мышления, законы которого рассматриваются логикой, является суждение; ряд суждений, об'единенных целесообразным направлением, влечет за собой суждение, представляющее вывод или умозаключение. Старый, распространенный пример суждений и умозаключения: Кай человек, — все люди смертны, — Кай смертен; можно было бы привести еще много аналогичных умозаключений, напр., окунь рыба, — все рыбы живут в воде, — окунь живет в воде, но для пояснения сказанного достаточно приведенных. Отдельные элементы связного мышления называются также

мыслями или идеями; так, напр., все только-что приведенные суждения могут быть названы мыслями.

Несколько особое место среди процессов умственной деятельности занимают способности, известные под названием воображения и фантазии.

Выше было сказано, что материалом для душевной деятельности служат возникающие ощущения и представления: сюда относятся не только ощущения и представления, возникающие вследствие раздражения органов чувств в данный момент, но и воспроизведения, основанные на опыте прошлого; человек может оперировать с более или менее сложными воспроизведениями, их комплексами, при чем в его сознании могут выплывать воспроизведения целых мыслительных процессов. Такая более или менее живая психическая деятельность, основанная на воспроизведениях, называется воображением. На основании сведений, почерпнутых из различных источников, в сознании могут воспроизводиться такие представления в их различных сочетаниях, свидетелем которых данный человек никогда не был и даже не мог быть, а представления о которых у него возникли, напр., из книг или рассказов; он может представить и себя в известном отношении к таким воспроизведениям, независимо от времени и пространства событий, послуживших источником воспроизведенных представлений. Такое мышление носит название фантазирования, результат фантазирования — фантазия. Воображение и фантазия могут быть чрезвычайно яркими и отчетливыми, в зависимости от живости ассоциативных процессов и отчетливости представлений, являющихся материалом для ассоциирования; легкость течения ассоциаций, обилие и яркость образов обусловливают пределы фантазии, которые могут быть очень обширными. Живость воображения и фантазии определяются, конечно, индивидуальными свойствами данного лица.

В сознании человека под влиянием некоторых условий воспроизводятся события детского периода его жизни, они встают перед ним, он принимает в них участие, даже снова как бы переживает их, радуется прежними радостями и печалится давними горестями, — пример воображения. Под влиянием романа Толстого «Война и Мир» разыгрывается воображение: человек начинает представлять себе соответствующие события, сам принимает в них участие, даже сражается с врагами 100 л. т. наз.; детские игры нередко сопровождаются живейшими процессами воображения и фантазии; если человек легко может при помощи фантазии воевать с давно несуществующим врагом или даже, присутствовать при сотворении мира, он не менее легко может явиться свидетелем и участником событий предполагаемой гибели земли в ледниковом периоде, — все зависит от развития его фантазии.

У выдающихся писателей и художников способности воображения и фантазии достигают крайних степеней развития, являясь одним из существеннейших факторов их творческой деятельности.

IX.

Нервная клетка, учение о невронах, его возникновение и развитие. Строение тела неврона, его дендритов и аксона. Теория динамической поляризации. Амебоизм невронов. Строение ядра и ядрышка. Различие невронов. Слои клеток в сером веществе мозговой коры. Различие функции невронов. Неврология и ее значение. Сосуды вещества головного мозга. Черепно-мозговая жидкость, ее распределение и значение. Проекционные и ассоциационные или сочетательные системы головного мозга. Короткие, длинные и спаечные сочетательные системы.

Приступающие к изучению душевных болезней уже знакомы с анатомией и физиологией нервной системы, проходимой в курсах анатомии, гистологии, физиологии и в курсах невропатологии; это значительно облегчает задачу преподавателя психиатрии, давая ему право изложить современное положение учения о строении и функциях нервной системы, в частности головного мозга, в самых кратких чертах, схематически, лишь с целью освежить соответствующие представления учащихся, дать им возможность более полного и цельного впечатления от курса и более легкого понимания и усвоения психобиологических и психопатологических процессов. Право на краткость и схематичность изложения данных анатомии и физиологии оправдывается особенно еще тем обстоятельством, что в настоящее время вниманию учащихся может быть рекомендован ряд сочинений на русском и иностранных языках, посвященных более или менее подробному изложению и рассмотрению вопросов анатомии и физиологии нервной системы (Edinger [118]), Бехтерев [117]), Блуменау [119])), равно как и в некоторых руководствах по нервным болезням анатомо-физиологическое введение представлено достаточно подробно (Oppenheim [120]), Даркшевич [121])).

Основными элементами центральной нервной системы, в частности головного мозга, являются нервные клетки с их отростками протоплазматическими и осевоцилиндрическими. До 1891 г. господствовало воззрение, что нервная система состоит из нервных клеток и нервных волокон, не составляющих в своем сочетании одного органического целого; появившаяся в 1891 г. работа Wa1deyer'a [122]) послужила основанием нового учения «о невронах», вылившегося скоро в стройную теорию невронов. Существо теории невронов заключается в установлении положения, что основными элементами нервной системы являются не отдельные клетки и отдельные нервные волокна, а «невроны», единицы, состоящие из клетки с нервными волокнами, представляющими разветвления, продолжения этой клетки, составляющими с нею одно целое. То, что называлось нервной клеткой, соответствует телу неврона, отростки же этого тела с их разветвлениями получили название дендритов (протоплазматические отростки) и нервного отростка — неврита или аксона (осевоцилиндрический отросток).

Громадное значение в развитии учения о невронах имел метод серебрения Go1gi, видоизмененный и впоследствии усовершенствованный Ramony Cajal'ем [123]) и им же широко применявшийся. Исследования

привели Ramony Cajal'я [124]) к выводу, что невроны представляют собой отдельные самостоятельные организмы, не связанные между собою органически посредством анастомозов, взаимодействие же их устанавливается путем соприкосновения или контакта. Таким образом возникла теория, подтвержденная и развитая другими авторами, пользовавшимися различными методами исследования.

Большое значение при изучении строения центральной части неврона, тела его или по старой, но удержавшейся и до сих пор терминологии, нервной клетки, принадлежит Nissl'ю [125]) с его методом окраски метиленовой синькой[126]), много раз видоизменявшемуся и упрощавшемуся различными исследователями[127]). Выяснилось, что нервная клетка, состоящая из протоплазмы, ядра и ядрышка, имеет весьма сложное строение; ее протоплазма состоит из комочков хроматофильного вещества, отделяемых друг от друга неокрашивающимся по сп. Nissl'я или ахроматофильным веществом; на окрашенных по Nissl'ю срезах мозга присутствие в протоплазме нервных клеток комочков хроматофильного вещества, или Nissl'евских телец, придает клеткам вид особой исчерченности, которую Lenhossek [128]) называет тигроидом; эти тигроидные элементы, или Nissl'евские тельца, представляются в свою очередь скоплениями мельчайших зерен, вкрапленных в ахроматофильное вещество.

Дальнейшие исследования показали, что ахроматофильное вещество имеет сложное волоконцевое или фибриллярное строение, для обнаружения которого требуется иная методика окраски (Bielschowsky [129]), Ramony Caja1 и др.); эти волоконца проходят в неокрашиваемых по Nissl'ю промежутках между Nissl'евскими тельцами, не составляя, однако, всей массы ахроматофильного вещества, часть которого представляется аморфной, бесструктурной; однако, в этой аморфной массе различаются еще мелкие зернистые образования, т. наз. хондриозомы, значение которых для жизни клетки еще не выяснено, но далеко не может считаться безразличным [128a/153a]). Клетки отличаются между собою количеством и расположением хроматофильного вещества в протоплазме, формой и величиной Nissl'евских телец и отношением ядра к краске. Значительная часть волоконец переходит в осевой цилиндр, также имеющий фибриллярное строение; протоплазматические отростки или дендриты также, поводимому, находятся в связи между собою посредством фибрилл, переходящих из одного отростка в другой.

Дендриты и осевоцилиндрические отростки невронов несут физиологически различные функции: по первым нервное возбуждение идет в центростремительном или целлюлепетальном направлении, а по вторым — в центробежном или целлюлефугальном. Таким образом, дендриты неврона являются воспринимающим и проводящим возбуждение аппаратом; возбуждение передается этому аппарату с концевых разветвлений подходящего к нему осевоцилиндрического отростка неврона другого порядка; воспринявший возбуждение неврон передает его при посредстве разветвлений своего аксона и его ветвей (коллатералей) соприкасающимся с ним дендритам (контакт) следующего неврона и т. д.; в этом заключается теория динамической поляризации нервных элементов, выдвинутая V. Gehuchten'ом [130-134]) и поддержанная Ramony Caja1'ем [135]).

По исследованиям Apathy у беспозвоночных неврофибриллы вступают между собою в соединение в иннервируемых органах, в ганглиозных клетках и в Neuropil, тончайшей сети, образующейся в нервных узлах; здесь же фибриллы образуют своими разветвлениями сеть или корзину; в ганглиозных клетках такие корзинчатые образования возникают из разветвлений фибрилл, вступающих в тело клетки из ее отростков (элементарная сеть); аналогично образуется и Neuropil, только в состав ее входит гораздо больше фибрилл, чем в элементарную сеть.

Есть основание предполагать, что невроны не представляют собою строго неподвижных образований, а будучи живой тканью, они обладают известной степенью сократительности и как бы амебоидной подвижности; это справедливо по крайней мере по отношению к дендритам, на что указывалось с проведением соответствующих гистологических доказательств Duval'ем[136]), Demoor [137-138]), Stefanowska [139]), Querton[140]), Сухановым [141]) и др. По этим авторам, дендриты при известных условиях выпускают по своему протяжению шиловидные, нитевидные и грушевидные отростки, и сами, сокращаясь, могут образовывать ряд утолщений монетовидного или т. наз. монилиформного характера. Значение амебоизма невронов оспаривается, оно далеко еще не выяснено, оспаривается и самый амебоизм; весьма возможно, что он имеет значение при передаче возбуждения с одного неврона на другой посредством контакта.

Теория невронов есть одно из крупнейших завоеваний гистологии нервной системы за последнее время; эта теория наилучшим образом об'ясняет физиологические и психологические процессы, происходящие в нервной системе, и потому она стойко держится, несмотря на многочисленные попытки целого ряда весьма солидных исследователей ее опровергнуть. Среди противников теории невронов наиболее видное место занимают Apathy [142-143]), Bethe [144]), Niss1 [125]), А. Догель [145-146]). Возражения противников сводятся, главнейшим образом, к установлению между невронами наличности анастомозов и к признанию фибрилл не органическими составными частями отдельных невронов, а элементами, лишь проходящими сквозь нервные клетки; последнее далеко еще не представляется доказанным, относительно же анастомозов можно лишь примкнуть к взгляду, высказываемому Verworn'ом[147]), что невроны взрослых животных во многих случаях связаны между собою теснейшим образом посредством анастомозов, но все-таки они остаются невронами, так как наличность анастомозов не опровергает учения о невронах.

Хроматофильное вещество, повидимому, не имеет для неврона значения органической важности, судя по тому, что есть клетки, протоплазма которых почти его не содержит; видимо, значение его питательное.

Строение ядра нервной клетки гораздо проще: оно отграничивается от окружающей его протоплазмы

отчетливо видимой перепонкой; в центре его помещается ядрышко, энергично впитывающее анилиновые краски; как правило, ядрышко одно, но изредка в ядре бывает два ядрышка и еще реже большее число; в окружности ядрышка видны неправильно расположенные перекладинки, анастомозирующие между собою.

Центральные части невронов или нервные клетки различаются не только количеством и расположением хроматофильного вещества, отношением ядра к краскам и количеством протоплазмы, они различаются еще величиною, формою и очертаниями. Эти различия лучше всего выступают при изучении клеточного строения коры головного мозга; различные клетки располагаются в ней слоями, которых большинство исследователей выделяет шесть: поверхностный слой — молекулярный или мелкозернистый, слой малых пирамидных клеток, слой средних и больших пирамидных клеток, зернистый слой, состоящий из мелких клеток, слой глубоких, крупных пирамидных клеток и полиморфный слой, состоящий, как показывает самое название, из разнообразных треугольных и веретенообразных клеток. Отдельные авторы, как, напр., Ramony Cajal [148]), выделяют большее число слоев, различая средние и большие пирамидные клетки, как отдельные слои, различая промежуточные слои, как самостоятельные, но это не имеет существенного значения.

Таков общий план расположения клеток в мозговой коре, но расположение слоев и клеток в различных отделах мозговой коры не только не совпадает вполне, но нередко обнаруживает характерные особенности. Так, напр., характерную черту передней центральной извилины составляют гигантские клетки Betz'a и Мержеевского, область cunei характеризуется разделением слоя зерен полоской Vicq d'Azyr'a gyrus cinguli — присутствием в слое глубоких больших пирамид крупных веретенообразных клеток, обонятельная область — значительной толщиной молекулярного слоя и отсутствием малых пирамид и т. д. Brodmann, уделивший много внимания изучению строения мозговой коры, насчитывает до 47 участков ее, имеющих различное строение*) [148-152]).

Разнообразное строение центральных отделов невронов, нервных клеток, как в смысле их величины, количества протоплазмы и ее состава, величины ядра и его состава (отношение протоплазмы и ядра к краскам), так и в смысле их формы (клетки монополярные, биполярные, мультиполярные и др.), а также разнообразие дендритов и аксонов, в смысле их количества, ветвистости, длины и направления, с несомненностью говорит за то, что биологические функции различных невронов различны: напр., функция гигантских клеток двигательной области мозговой коры теснейшим образом связана с движением. Хотя функции эти до настоящего времени настолько мало изучены, что нельзя высказаться о них иначе, как в виде гипотетических предположений, тем не менее они соответствуют по своему назначению различным сторонам психической жизни; различное строение различных участков мозговой коры также указывает на их различную функцию, что в значительной степени представляется установленным, как путем эксперимента на животных, так и посредством наблюдения и изучения клинического материала. Правда, качества ощущений находятся в непосредственной зависимости от строения периферического воспринимающего нервного аппарата, но роль дальнейшей разработки притекающих к мозговой коре возбуждений принадлежит невронам последней.

Кроме нервных элементов, в состав нервной системы, а в частности мозговой коры, входят элементы невроглии. Вопрос о происхождении невроглии долго подвергался сомнению, но в настоящее время, повидимому, надо признать, что невроглийные клетки имеют эпителиальное начало [153a]); невроглийные клетки под названием эпендимных клеток выстилают все полости центральной нервной системы; в противоположность эпителиальным элементам, нейробластам, дающим по His'y[153]) начало невронам, первичные эпителиальные клетки, являющиеся источниками происхождения клеток эпендимы, His называет спонгиобластами. Кроме клеток эпендимы есть, еще другой вид невроглийных клеток, содержащихся в изобилии в сером и белом веществе мозга; эти клетки различной величины, с различным количеством отростков самой разнообразной длины, то тонких и нежных, то грубых, ветвящихся; ветви оканчиваются свободно, без каких бы то ни было анастомозов. Характерная форма клеток невроглии послужила основанием для различных их названий: они известны, как паукообразные клетки, клетки Deiters'a, астроциты и, наконец, просто невроглийные или глиозные клетки. Weigert [154-155]), предложивший весьма демонстративный, хотя и с трудом удающийся способ окраски невроглии, высказал мысль, что невроглийные волокна не имеют органической связи с клетками, что они самостоятельны; такое мнение основано, однако, повидимому, на недоразумении, так как по способу Weigert'a не окрашивается протоплазма клеток невроглии; изучение же невроглийных элементов с применением других методов окраски, особенно путем серебрения, а также изучение препаратов, окрашенных по способу самого Weigert'a, но из мозгов с особенно сильным патологическим разростанием невроглийных элементов, как, напр., при прогрессивном параличе помешанных, заставляет не согласиться с мнением Weigert'a и рассматривать невроглийные волокна, как отростки невроглийных клеток.

Основное значение невроглии, признаваемое большинством исследователей, есть значение стромы, поддерживающей архитектонику нервной системы, и значение ткани, замещающей элементы нервной системы, в случае их разрушения, напр., при различных болезненных процессах. Но некоторые авторы смотрят на функции невроглии гораздо шире.

Так, напр., Golgi и Nansen высказывают предположение, что невроглия является посредствующим звеном между стенками сосудов и окончаниями протоплазматических отростков и служит целям питания

---

*) Блуменау, 1. с.[119]), стр. 351.

невронов. По мнению Andriezen'a [156]), невроглия, особенно развитая в окружности сосудов, защищает нервные элементы от чрезмерных приливов крови. Weigert смотрит на невроглию, как на ткань, защищающую нервные элементы от вредных внешних влияний механического характера. Наконец, невроглию рассматривают, как элемент, несущий функцию обмена веществ, развивающий секроторную деятельность, вырабатывающий гормоны [153a]).

Ramon y Cajal [157-158]) различает невроглийные клетки белого вещества, серого и околососудистые; первые являются, в качестве плохого проводника нервных токов, изолирующим слоем и облегчают обращение лимфы; околососудистые клетки, будучи связаны своими отростками с сосудистыми стенками, вызывают посредством сокращения отростков расширение сосудов и таким образом влияют на кровообращение в мозгу, следовательно, и на психические процессы; клетки серого вещества, сокращая и расслабляя свои отростки, т. е., уменьшая или увеличивая их размеры, тем самым способствуют установлению контактов между невронами или прерывают установившиеся контакты. Эта гипотеза, переносящая центр тяжести в функциях центральной нервной системы с невронов на невроглию, уже вследствие одного этого представляется, по справедливому замечанию v. Gehuchten'a [*]), мало вероятной. В патологических процессах невроглия (ядра клеток глии) участвует в невронофагии.

Из всего изложенного вытекает, что функция невроглии еще далеко не выяснена, но повидимому, ее значение далеко не ограничивается структурными и замещающими функциями.

Сосудистая система головного мозга характеризуется некоторыми особенностями своего расположения, на которых следует остановиться. Артерии, питающие мозг, большие его полушария, носят название передних, средних и задних мозговых артерий; эти артерии разветвляются в мягкой мозговой оболочке, анастомозируя между собою; в этом согласны все авторы, изучавшие кровообращение в коре мозговых полушарий, но в то время, как одни признают анастомозы между артериями одноименного и противоположного полушарий (Duret[158]), Te s tut[160])), Heubner[161]) различает целых две сети артериальных анастомозов, поверхностную и глубокую: первая является результатом анастомозов между ветвями мозговых артерий, а вторая образуется анастомозами ветвей, происходящих от поверхностной сети. Так или иначе, от артериальной сети в мягкой оболочке отходят весьма многочисленные нежные артериальные веточки в направлении перпендикулярном поверхности мозга, проникающие в вещество мозга; эти веточки суть питающие мозг артерии в тесном смысле слова; они разделяются на длинные, проникающие в белое вещество мозга и там ветвящиеся, и на короткие, разветвляющиеся в сером веществе; те и другие переходят в капиллярную сеть, те и другие не анастомозируют между собою, будучи концевыми ветвями. Узлы основания головного мозга получают приток питательного материала при посредстве сильвиевых артерий.

Мозговые вены в общем соответствуют артериям, но их заметно меньше; вены мозговых полушарий разделяются на вены внутренней, наружной и нижней поверхности полушарий; первые впадают, главным образом, в верхнюю продольную пазуху и только отчасти в нижнюю, в галенову вену и в переднюю мозговую; наружные — в верхнюю продольную пазуху и в пазухи основания, нижние — в боковую пазуху, в переднюю и среднюю мозговые вены, частью в островковую и в верхнюю продольную. Все эти вены богато анастомозируют между собою, образуя в мягкой оболочке густую венозную сеть. Длинные и короткие артерии извилин переходят в капилляры, дающие в свою очередь начало длинным и коротким венам, вливающимся на поверхности мозга в более крупные венозные стволы.

Значение крови для организма и в частности для мозга известно, о некоторых же особенностях и значении черепно-мозгового кровообращения будет сказано ниже. Несколько подробнее следует остановиться на черепно-мозговой жидкости, значение которой до сих пор представляется не вполне выясненным. Принимая во внимание новейшие исследования [162-163]), посвященные изучению ее происхождения, обращения в центральной нервной системе и ее значения для мозга, надо представить положение дела в следующем виде.

Головной мозг одет тремя оболочками — твердой, паутинной и мягкой; в мягкой оболочке разветвляются сосуды, она плотно покрывает мозг, следуя за всеми его изгибами, проникает не только в углубления и борозды, но дает даже влагалища сосудам, направляющимся в вещество мозга; паутинная оболочка (arachnoidea), напротив, не следует за мягкой в глубину борозд, а проходит над углублениями мозга, благодаря чему в таких местах получаются т. наз. подпаутинные пространства; из них более значительные — cisterna magna, расположенная между мозжечком и продолговатым мозгом и сообщающаяся с четвертым желудочком, cisterna basalis, находящаяся на основании мозга и варолиева моста, дающая продолжения вперед и в стороны к сильвиевым ямкам (cicternae fossae Sylvii[**])); в этих цистернах или подпаутинных пространствах и в мозговых желудочках (сейчас не идет речь о спинном мозге) находится черепно-мозговая жидкость.

Тщательные исследования, клинические и экспериментальные, особенно последние, основанные на выделении впрыснутого животным уранина, окрашивающего ткани в желтый цвет (Kafka[*])), заставили прийти к выводу, что черепно-мозговая жидкость не является трансудатом крови, как думали многие авторы, а что она есть продукт деятельности, секрет сосудистого сплетения, plexus chorioideus, главнейшим образом; некоторое участие в выработке этого секрета при нормальных условиях принимает эпендима

---

[*]) v. Gehuchten, 1. c.[130]), Vol. I, p. 348.

[**]) Блуменау, 1. c.[119]), стр. 456.

[*]) Kafka, 1. c.[162]).

желудочков и центрального канала. При нормальных условиях жидкость имеет присущий ей состав, приближающийся к составу жидкости передней глазной камеры, при патологических же условиях состав ее меняется, так как к ней примешиваются воспалительные эксудаты. Движение черепно-мозговой жидкости происходит в направлении из желудочков в подпаутинные пространства, из боковых желудочков и третий, через сильвиев водопровод в четвертый, откуда, через, отверстие Magendie и Luschka в подпаутинные пространства головного и спинного мозга; далее жидкость проникает в периваскулярные пространства вен и в самые вены, а также через оболочки нервов (Nervenscheiden) в лимфатические пространства; она находится в перицеллюлярных, околоклеточных пространствах. Движение жидкости чрезвычайно медленное, оборот ее совершается от 6—7 раз в течение суток (Mestrezat), главнейшими двигателями являются дыхательные и пульсовые колебания.

На черепно-мозговую жидкость долго смотрели, как на элемент исключительно физического, механического значения; уже позднее на нее стали смотреть, как на жидкость, в которую уносятся продукты метаморфоза нервной ткани, ей было отведено важное место в процессе обмена веществ в организме. Это значение за черепно-мозговой жидкостью сохранилось и до настоящего времени, но в связи с новейшими исследованиями и открытиями значение ее существенно расширилось; уже самый источник ее происхождения, секреция plexus chorioideus, заставляет вывести ее роль далеко за пределы только посредствующей среды; ее способность вырабатывать при известных условиях бактериеубивающие вещества, ферменты, удерживать одни вещества, выделяя другие, говорит за самостоятельность ее функций; ее богатство ферментами при заболеваниях центральной нервной системы, присутствие в ней иммунных веществ, особенно при заболевании мозговых оболочек, заставляют признать, что ей принадлежит защитительная роль при инфекционных поражениях нервной системы.

Принимая во внимание новейшие реакции с черепно-мозговой жидкостью (Wassermann'a, Nonne - Ape1t'a и др.), надо полагать, что значение ее для организма еще далеко не выяснено.

После приведенного здесь очерка элементов, входящих в состав центральной нервной системы, необходимо установить, каким образом происходит сообщение центральной нервной системы с периферией и каким образом устанавливается связь между различными отделами головного мозга.

В анатомии нервной системы различаются двоякого рода связи или системы, служащие указанным целям; они известны под названием проекционных или проводниковых систем или путей и ассоциационных или сочетательных; первые включают в себя пути, служащие для передачи возбуждений от центров к периферии, т. е. двигательные, центробежные системы, и для передачи раздражений, действующих на воспринимающие аппараты органов чувств, от периферии к центрам, т. е., чувствительные, центро-стремительные системы; вторые включают в себя пути, связывающие между собою соседние извилины, отдельные области одного и того же полушария и области противоположных полушарий головного мозга.

Ход и развитие проекционных систем подробно описывается при изложении курса нервных болезней, что позволяет ограничиться только упоминанием, что в состав их входят двигательные пути, пути общей чувствительности, зрительные, слуховые, обонятельные и вкусовые пути, несущие периферические раздражения к соответствующим областям мозговой коры (к затылочным и височным долям, к крючковидной извилине и к operculum). Проекционные системы подходят к выпуклым частям извилин пучками, образуя значительную часть видимых хорошо на поперечных срезах через извилины радиальных волокон. Своим направлением от различных участков коры проекционные системы образуют лучистый венец и проходят через внутреннюю капсулу и задние отделы зрительного бугра (чувствительный путь).

Сочетательные системы разделяются на короткие, длинные и спаечные. Короткие служат для связи между собою коры соседних извилин; длинные связывают различные области коры своего полушария; спаечные соединяют симметричные и несимметричные отделы противоположных полушарий. Если провести поперечный разрез через мозговую извилину, то при известных способах окраски, напр., по сп. Pal'я, можно легко различить на срезе ряд полосок, состоящих из пучков волокон, идущих параллельно мозговой поверхности. Не во всех извилинах эта слоистость выражена одинаково, особенно отчетлива она в извилинах теменной доли.

Самый поверхностный слой носит название слоя тангенциальных волокон; тотчас под ним, почти примыкая к нему, лежит слой волокон, описанный Бехтеревым[164]) и Kaes'ом [165]); еще ниже, соответственно уровню слоя зерен, а также слою глубоких пирамид в его пограничной части с полиморфным слоем, находятся две полоски Baillarger, наружная (Genneri) и внутренняя; между полосками Бехтерева и Baillarger, а также ниже внутренней полоски Baillarger, находятся два рыхлых слоя волокон, первый из которых называется plexus superradialis, а второй plexus interradialis. Полоски Baillarger образуются отчасти горизонтально идущими коллатералями пирамидных клеток.

Еще глубже располагается резко выраженный слой, т. наз. интракортикальных или внутрикорковых волокон, слой сочетательных волокон Meynert'a, хорошо развитый и соединяющий соседние извилины. Волокна Meynert'a, известные под названием fibrae arcuatae breves, и составляют главную часть коротких сочетательных систем; к сочетательным системам относятся и вышеописанные поверхностные слои волокон.

Кроме поперечно идущих волокон, в коре мозга различаются радиально расположенные пучки; они состоят из волокон проекционных систем, было сказано выше, и из волокон, принадлежащих системам сочетательным.

Длинные сочетательные системы далеко еще не установлены в окончательном виде, вопрос об их анатомическом положении во многих отношениях представляется спорным и неопределенным, пучки, признаваемые одними авторами за ассоциационные или сочетательные системы, рассматриваются другими в качестве проекционных путей, а иногда даже совсем отвергаются.

В настоящее время можно считать анатомически более или менее установленными следующие сочетательные системы *) [166-168]).

1) Cingulum, поясной, дугообразный пучек, идущий в стреловидном направлении от обонятельных отделов в белом веществе внутренней части первой лобной извилины и средней части сводчатой извилины (g. fornicatus); эта система составляет главную массу белого вещества первой и второй краевых извилин (g. limbici) и доходит до переднего конца (полюса) височной доли. Надо полагать, что далеко не все волокна, образующие эту систему, проходят по всей ее длине, большинство же их гораздо короче (Quensel**)).

2) Fasciculus uncinatus, крючковатый пучек, идущий от височного полюса к глазничной поверхности лобной доли; пучек проходит на уровне порога островка, расширяясь в поперечном направлении от subst. perforata ant. до capsula externa. Резкий изгиб пучка при переходе из височной доли в лобную и дает основание для наименования его «крючковатым».

3) Fasciculus longitudinalis inferior, нижний продольный пучек, имеет стреловидное направление; мощный пучек, идущий от извилин височной доли к извилинам затылочной, соединяющий слуховые и зрительные центры; проходит вблизи наружной границы заднего и нижнего рогов бокового желудочка; волокна пучка также различной длины, направление их меняется в зависимости от положения соединяемых ими височных и затылочных извилин. Сочетательное значение этой системы подвергается сомнению F1echsig'ом, который помещает в ней центростремительный зрительный путь.

4) Fasciculus longitudinalis superior, верхний продольный пучек, он же fasc. arcuatus, дугообразный; располагается между лобной, теменной и височной долями; проходит на уровне мозолистого тела дугообразной выпуклостью вверх. Система служит не только для соединения конечных пунктов, между которыми она находится, но соединяет и более близкие участки указанных областей, по крайней мере, из вторичных перерождений ее видно, что она состоит из сравнительно коротких сочетательных волокон.

5) Fasciculus occipito-frontalis, затылочно-лобный пучек, располагающийся между хвостатым и мозолистым телом, по мнению Quensel'я***), не имеет права на существование в качестве сочетательной системы; поводимому, к проекционным системам должен быть отнесен и fasc. subcallosus (подмозолистый пучек) Муратова****).

Выделяются еще более короткие сочетательные системы: fasc. transversus cunei (Sachs) и fasc. transversus g. lingualis, оба пучка поперечного направления, первый соединяет верхнюю губу fiss. calcarinae с нижней наружной поверхностью затылочной доли, а второй идет от нижней губы той же борозды (Violet), по Quensel'ю*), однако, значение обеих систем следует признать спорным. Fasc. temporo-occipitalis verticalis, височно-затылочный вертикальный пучек, находящийся между нижними затылочными, третьей височной и нижней теменной долькой; fasc. centro-parietalis, связывающий центральные извилины с нижней теменной долькой, и fasc. centro-frontalis — между центральными и лобными извилинами. Значение сочетательной системы придается также волокнам наружной капсулы, caps, externa.

Спаечные системы также относятся к числу сочетательных систем; эти системы иначе называются коммиссуральными. К ним относится обширнейшая спайка между полушариями головного мозга, известная под названием мозолистого тела (corpus callosum), и передняя спайка (commissura anterior). Спаечные системы соединяют между собою не только строго симметричные участки обоих полушарий, как принято было думать прежде, но также и несимметричные, а следовательно, содержат перекрещивающиеся волокна (c. callosum). Мозолистое тело представляется спаечной сочетательной системой для всех извилин обоих полушарий головного мозга, за исключением обонятельных и передних отделов височных, сочетающихся между собою при посредстве волокон передней спайки. Поводимому, в состав мозолистого тела входят волокна, происходящие от корковых слоев малых и средних пирамидных и полиморфных клеток.

Из всего приведенного здесь описания сочетательных систем головного мозга с несомненностью вытекает, что поверхностные пучки, короткие, длинные и спаечные сочетательные системы настолько совершенно связывают между собою клеточные элементы, центры соседних извилин, различно удаленные одна от другой области одного и того же полушария, симметричные и асимметричные участки противоположных полушарий, что возбужденное состояние одного центра легко может передаваться другому центру или другим центрам, находящимся от первоначального источника возбуждения на различном расстоянии.

---

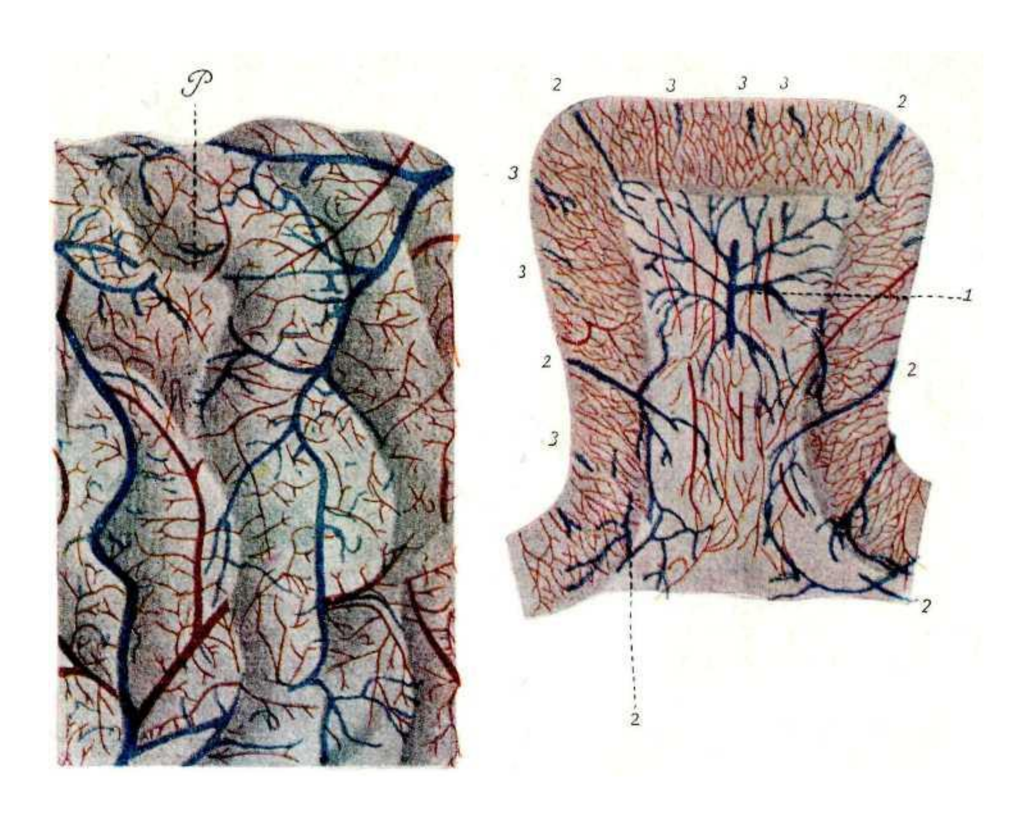
*) Блуменау, 1. с, вып. V.[119]). Бехтерев, 1. с.[164]). Бехтерев, 1. с, вып. VII., С.-Петербург. 1907 г., стр. 1483 [17]).

**) Quensel, 1. с.[168]).

***) Quensel, 1. с.[168]).

****) Блуменау, 1. с. стр. 369 [119]).

*) Quensel, l. с.[168]).



P
2
3
3
3
2
3
3
1
2
2
3
2
2

Рис. 5. Тонкая ин'екция артерий и вен мягкой мозговой оболочки в области извилин соседних с Роландовой бороздой. Синим цветом обозначены вены, красным — артерии. Р— Роландова борозда. — По Duret.

Рис. 6. Поперечный разрез через мозговую извилину, увеличенный около 15 раз; тонкая ин'екция артерий и вен. 1- большая центральная вена извилины, в нее впадает множество венозных капилляров. 2,2, - мозговые вены. 3,3 - маленькие корковые вены. Красным цветом обозначены артерии - длинные, более толстые ветви, проникающие в глубину извилины и в ней ветвящиеся, и весьма обильные, тоненькие корковые артерии, пронизывающие своими тончайшими веточками серое вещество мозговой коры. — По Duret.

X.

Метод развития; теория ассоциационных центров Flechsig'a; ее слабые стороны; ее значение. Механизм процесса, лежащего в основе душевной деятельности; учение Сеченова и его значение; теория условных рефлексов И. П. Павлова и ее значение; приложение В. М. Бехтеревым об'ективной методики и условных рефлексов к изучению душевной деятельности человека. Схема процессов торможения в мозговой коре по Блуменау. Биологическая сущность нервно-психического процесса. Теория молекулярного притяжения Meynert'a. Связь психических процессов с явлениями кровообращения (Mosso и др.). Химический характер биологического процесса, лежащего в основе душевной деятельности.

Не все отделы головного мозга имеют одинаковое значение для душевной жизни; помимо экспериментальных доказательств, основанных, главным образом, на методе выпадения функции, в пользу этого говорит и различное строение различных отделов мозга; мозговая кора, являющаяся собственно органом душевной деятельности, как видно особенно из упомянутых выше исследований Brodmann'a[*]), также имеет различное строение в различных областях.

Для выяснения функций различных отделов мозговой коры Flechsig воспользовался разработанным им методом эмбриологическим или методом развития или миэлинизации. Метод основывается на общем принципе, по которому нервные волокна эквивалентные, принадлежащие одному пучку, несущие общую функцию, обкладываются мякотной оболочкой одновременно, волокна же разных систем, направленные к выполнению различных функций, миэлинизируются в различное время. Так, посредством изучения миэлинизации различных путей чувствительности, движения, коротких и длинных сочетательных систем удается выделить в мозговой коре определенные миэлогенетические участки или поля, миэлинизация которых, в смысле своей последовательности во времени, подчиняется определенному закону. На основании своего метода Flechsig выделил около 40 участков (полей) мозговой коры, которые по времени миэлинизации он расчленил на три группы: ранней, поздней и промежуточной миэлинизации. Аналогично проекционным и ассоциационным системам головного мозга, Flechsig соединяет упомянутые участки коры в более обширные центры, — проекционные и сочетательные. Проекционных центров четыре, из них обширнейший — центр телесных ощущений и движений, охватывает обе центральные извилины, g. supramarginalis и частью задние отделы лобных извилин; этот центр лежит в основе процессов самосознания, с ним связаны двигательные процессы, направленные на удовлетворение телесных нужд (питание, жевание, дыхание, схватывание предметов и т. под.); кроме этого центра кожномышечных ощущений, Flechsig выделяет зрительный, слуховой, обонятельный и вкусовой центры.

Ассоциационных или сочетательных центров установлено F1echsig'ом три: задний или теменно-височный, передний или лобный и островковый. Проекционные центры занимают около трети мозговой коры, на долю сочетательных приходится две трети. Теменно-височный центр распространяется на теменную, большую часть затылочной доли и вторую и третью извилины обоих полушарий; с деятельностью этого центра связано положительное знание, процессы воображения и фантазии, способность речи, высшая сочетательная деятельность, все то, что связано с понятием “духовных” процессов, с развитием гениальности. Лобный центр охватывает поверхность лобных долей, в нем локализируются чувствования и волевые процессы, связанные с “я” человека; в нем закрепляются следы, память сознательных переживаний. Островковый центр ограничивается областью insula Reilii, его значение не так определенно, он связан с речевыми функциями. Сочетательные центры связаны между собою длинными сочетательными системами [169-171]).

Нельзя не признать, что Flechsig сделал смелую научную попытку дать анатомо-физиологическое обоснование локализации душевной деятельности, и в этом его большая заслуга.

Однако, теория F1echsig'a не осталась без существенных возражений, высказанных особенно

---

[*]) Brodmann , 1, с.[149-151]).

Hitzig'ом[172]), v. Monakow'ым[173]) и Vogt'ом[174]) в заседании неврологической секции XIII-го международного медицинского конгресса в Париже в 1900 году.

Было указано, что принцип одновременности и разновременности миэлинизации, как признак тождества или различия функций соответствующих областей, а также принадлежности к одной или различным системам, далеко еще не является доказанным и общепризнанным. По мнению v. Monakow'a, в этом процессе миэлинизации имеет значение не столько функция, сколько васкуляризация, снабжение миэлинизирующейся области сосудами. Время миэлинизации различных участков подвержено довольно значительным индивидуальным колебаниям. Неправильно слишком резкое разделение проекционных и сочетательных систем, которые несомненно представляются довольно смешанными. В своей теории Flechsig не оценивает достаточно значения подкорковых узлов. По мнению Vogt'a, время миэлинизации волокон теснейшим образом связано с их калибром, а именно: более толстые волокна обкладываются миэлином раньше, нежели тонкие.

Принимая во внимание все приведенные соображения, указанные авторы приходят к выводу, что строгое выделение миэлогенетических полей, особенно еще в функциональном смысле, не имеет достаточных оснований, чем в значительной степени подрывается и правильность выделения больших проекционных и ассоциационных центров. Brodmann[175]) подчеркивает, что об'единенные F1echsig'ом области в отдельных частях своих весьма сильно отличаются, как по своему строению, так и по миэлинизации. Метод миэлинизации сам по себе далеко недостаточен для установления функции.

Итак, на гипотезу F1echsig'a можно смотреть лишь как на попытку локализировать душевную деятельность; учение о строении и функциях центральной нервной системы далеко еще не закончено, оно находится в периоде развития и разработки; значение, придаваемое различным отделам головного мозга, видоизменяется и детализируется, поэтому в настоящее время может быть дана только схема, более или менее обоснованная в анатомо-физиологическом отношении.

В настоящее время, благодаря успехам анатомии и физиологии центральной нервной системы, в особенности благодаря развитию учения о проекционных и ассоциационных системах и центрах, оказалась возможной попытка создания более или менее стройной, хотя и не безупречной схемы локализации душевных процессов. Но как развивается самый механизм процесса? Как разрешается этот вопрос по взглядам современных психо-физиологов?

Для лучшего уяснения этого вопроса приходится обратиться к семидесятым и восьмидесятым годам минувшего столетия, к тому времени, когда началась и велась особенно усиленно разработка учения о психомоторных центрах, когда наряду с такими иностранным учеными, как Hitzig, Goltz, H. Munk и др., вел свои исследования и наш знаменитый физиолог И. М. Сеченов.

Сеченов отметил, что все внешние проявления мозговой деятельности могут быть сведены к мышечному движению; в случае психического осложнения рефлекса, отношение между силою возбуждения и напряженностью движения подвергается колебанию в ту или другую сторону, в результате чего движение может усиливаться или задерживаться.

Путем совершенно непроизвольного изучения последовательно развивающихся рефлексов “во всех сферах чувств” у ребенка является “тьма” более или менее полных представлений о предметах — элементарных конкретных знаний; они соответствуют деятельности центрального элемента рефлекторного аппарата. Посредством сочетания различных представлений у ребенка возникают понятия, напр., понятие о пространстве, обусловливаемое возможностью измеримости его в трех направлениях, и др. — задатки более сложных душевных процессов.

Если считать по 5 сек. на каждое новое зрительное впечатление, то в течение 12-ти часов войдет через глаз больше 8000 впечатлений, столько же через ухо и несравненно больше через мышечные движения; вся эта масса психических актов связывается между собою ежедневно в новых, лишь частично сходных между собою сочетаниях! Последовательный ряд рефлексов, в котором конец каждого предшествующего сливается с началом последующего во времени, и есть ассоциация. Условие упрочения ассоциации — частота повторения в одном и том же направлении. Ассоциация есть непрерывный рад касаний конца предыдущего рефлекса с началом следующего; повторяясь часто и оставляя каждый раз след (память) в форме ассоциации, сочетанное ощущение должно выясниться как нечто целое; от частоты повторения целой ассоциации в связи с одной из частей зависит, что малейший намек на эту часть влечет за собой возникновение целой ассоциации, напр., зрительно-осязательно-слуховой.

Все без исключения психические акты, неосложненные страстным элементом (эмоция), развиваются путем рефлекса. Вместе с тем, как человек путем часто повторяющихся ассоциированных рефлексов выучивается группировать свои движения, он приобретает тем же путем рефлексов и способность задерживать их. В головном мозгу существуют все необходимые для этой цели механизмы, но надо выучиться управлять ими. Главнейший результат искусства задерживать конечный член рефлекса резюмируется уменьем мыслить, думать, рассуждать. Мысль есть пер вые две трети психического рефлекса. Первоначальная причина всякого поступка лежит всегда во внешнем чувственном возбуждении, потому что без него никакая мысль невозможна; в ряду психических рефлексов есть много таких, где происходит задержание последнего члена их — движения[176]).

Вот к каким рассуждениям сводятся взгляды И. М. Сеченова на природу душевных процессов; он видит их субстрат в сочетании психо-рефлекторных актов, из которых они возникают и развиваются.

Приведенные идеи были высказаны Сеченовым в 1863 году, более полвека тому назад; они не пропали бесследно, напротив, они могут рассматриваться, как зерно или зародыш, из которого впоследствии

развилось стройное учение об условных рефлексах, творцом которого явился И. П. Павлов.

Учение это является результатом длинного ряда опытов, производившихся в течение длинного ряда лет над собаками, как самим И. П. Павловым, так и его учениками. Самая ценная особенность всех этих опытов, помимо чрезвычайной тщательности их постановки, заключается в строго об'ективном отношении автора к их результатам. Показателем реакции животного на различные раздражители служило большее или меньшее количество слюны, выделявшееся через слюнной свищ и измерявшееся точнейшим образом. Применение строго об'ективной методики привело автора к следующим выводам.

Каждое животное обнаруживает ряд постоянных определенных реакций на определенные раздражители внешнего мира; эти реакции осуществляются при посредстве центральной нервной системы и известны под названием рефлексов; Павлов называет такие рефлексы безусловными рефлексами.

Признавая то, что обыкновенно называется психическою деятельностью, т. е., бесконечно сложные, постоянно вновь образующиеся и исчезающие, беспрестанно колеблющиеся реакции животного на бесчисленные влияния окружающего мира также рефлексами, а следовательно, закономерными ответами на внешние раздражители, но определяемыми в своем существовании огромным количеством условий, Павлов называет эти рефлексы, в отличие от предшествующих, условными рефлексами.

Бесчисленные мелкие явления внешнего мира, совпадая во времени один или несколько раз с действием внешних агентов, уже вызывающих определенную реакцию со стороны животного, сами начинают вызывать эту реакцию, развивающуюся в области пищевой, защитительной, воспроизводительной и других областях деятельности организма. Приближение к животному пищи вызывает усиленное выделение слюны (безусловный рефлекс); если приближение пищи неизменно сопровождается каким-либо раздражителем, напр., звуковым, в виде звонка, свистка, органного тона и т. под., то такой раздражитель уже сам по себе, без последующего показывания пищи вызовет у животного обильное слюноотделение (условный рефлекс). Условные рефлексы, как устанавливающие связь между раздражителем и ответной реакцией новым путем, устанавливающие новые сочетания, называются также замыкательными.

Развитие таких временных реакций в связи с постоянными представляется как бы сигналами, усложняющими и утончающими отношение животного к внешнему миру. Организм обладает специальными механизмами, разлагающими сложные возбуждения внешнего мира на элементарные части; эти механизмы суть органы чувств или анализаторы. Работа анализаторов в связи с образованием условных рефлексов составляет основу высшей нервной деятельности, протекающей в полушариях головного мозга.

Соотношение животного организма с окружающей средой посредством условных рефлексов подлежит, конечно, постоянным колебаниям; более или менее значительное ослабление одного или даже всех условных рефлексов, уступающих место другим, доходящее иногда до полного подавления рефлекса, Павлов называет торможением. Торможение различается трех видов: сонное торможение, сон, сонливость — при этом под влиянием внутренних и определенных внешних раздражений наступает состояние, при котором высшая деятельность центральной нервной системы, выражающаяся в условных рефлексах, понижается и даже совсем прекращается. Второй вид торможения — внешнее торможение; оно является выражением борьбы различных внешних и внутренних раздражителей за преобладающее влияние в организме в определенный момент; в эту борьбу вступает каждый новый раздражитель, действующий в данный момент на центральную нервную систему; борьба может приводить к ослаблению и даже подавлению прежнего раздражения новым, или новый раздражитель сам уступает его влиянию. Третий вид есть внутреннее торможение, выражающееся во временной потере условными рефлексами их положительного влияния.

Кроме агентов, обусловливающих указанные виды торможения, существует ряд агентов, вызывающих прекращение торможения, устраняющих его, приводящих к растормаживанию раздражений, возобновлению влияния подавленных условных рефлексов.

Раздражение мозговой коры в определенном пункте при известной его силе и продолжительности легко распространяется на соседние более или менее обширные участки, иррадиирует; иррадиация раздражения постоянно встречается и в области условных рефлексов; напр., если определенный тон сделан условным возбудителем пищевой реакции, то первое время таким условным возбудителем являются не только и другие тоны, но и всякие другие звуки; это об'ясняется иррадиацией, вследствие которой эти различные раздражители могли вступить в сочетание с одной и той же реакцией. Процесс обратный иррадиации возбуждения есть его концентрация; он заключается в возвращении нервного процесса к его исходному пункту. Процессы иррадиации и концентрации управляют в значительной степени нервной деятельностью полушарий головного мозга.

Остается определить пути распространения и сосредоточения нервного процесса [177-181]).

Опыты Павлова произведены на собаках, но невольно пытливая мысль переносит их на человека и подставляет описанные процессы в качестве субстрата процессов, характеризуемых психологами.

Разве можно представить возникновение ассоциативного процесса помимо развития условного рефлекса, представляющего об'ективную сторону суб'ективного явления? Вряд ли можно объяснить это явление лучше, чем это удается сделать при помощи условных рефлексов. Явления торможения и растормаживания, иррадиации и концентрации нервного процесса также лежат, по-видимому, в основе психологических процессов, обусловливающих победу или всплывание на поверхность сознания тех или иных представлений и связанное с этим явлением направление мышления; они лежат в основе задержки и облегчения

психических актов, им принадлежит первое место в возникновении и развитии так называемых волевых процессов.

Сопоставление взглядов Сеченова с об'ективно-психологической методикой Павлова и ее результатами показывает, что идеи Сеченова получили блестящее развитие в открытиях Павлова, устанавливающих об'ективную основу суб'ективно-психологического процесса.

Павлов производил свои исследования на собаках, систематическое же применение объективной методики исследования психических процессов к изучению человека принадлежит В. М. Бехтереву и его ученикам; Бехтерев выдвинул значение этого метода в своих работах [182-184]), указал возможность применения его к человеку и тем положил прочное основание дальнейшему его развитию. Задача метода, по мнению Бехтерева, заключается в изучении соотношения между характером и силой внешнего воздействия и последующей внешней реакцией организма без всякого соображения о том суб'ективном состоянии, которое переживается данными лицами за указанный период времени. Бехтерев в широких пределах перенес изучение условных рефлексов на человека, при чем в качестве мерила этих рефлексов и показателя их появления, предложил пользоваться вместо слюнной реакции Павлова органами произвольного движения; пользование слюнной реакцией у человека трудно применимо и в большинстве случаев прямо невозможно; самые рефлексы Бехтерев обозначает терминами сочетательных[185]). Результаты собственных исследований в области условных рефлексов у человека, равно как результаты исследований своих учеников и других авторов Бехтерев об'единил под названием об'ективной психологии или псих о рефлексологии [186]).

Продолжая дальше свои исследования и умозаключения в указанном направлении, проводя параллели между данными суб'ективной психологии и психорефлексологии, Бехтерев также приходит к дальнейшему развитию и обоснованию выводов, намеченных Сеченовы м. Так, внутренний ассоциативный процесс, называемый в суб'ективной психологии мыслью, в об'ективном выражении должен быть понимаем, по Бехтереву, как заторможенный сочетательный рефлекс, так как этот процесс обыкновенно сопровождается внутренней речью или сопутствуется иными двигательными и секреторными проявлениями. Развивающиеся путем упражнения сочетательные рефлексы в естественном ходе своего развития подчинены трем основным законам: дифференциации и избирательному или сочетательному обобщению; первый закон приводит к сужению оживляющих рефлекс раздражений, а второй к вызыванию одинаковых сочетательных рефлексов различными раздражителями; третий закон есть закон комбинирования, заключающийся в том, что воспитание рефлекса на сумму разнородных раздражений приводит к тому, что он устанавливается лишь на их сумму, не развиваясь при действии отдельных слагаемых. По мнению Бехтерева, первый закон лежит в основе анатомического процесса нервно-психической деятельности, вторым же и третьим законом обусловливается возможность синтеза.

Пределы развития сочетательных рефлексов находятся в тесном соотношении с границами суб'ективных определений, так как низший, разностный и пространственный пороги сочетательных рефлексов почти совпадают с порогами восприятия.

Процессы торможения и растормаживания стоят в соотношении с процессами сосредоточения, отвечающими суб'ективным процессам отвлечения и привлечения внимания.

Таким образом, исследование законосообразности в развитии сочетательных рефлексов открывает соответствующую законосообразность в развитии суб'ективных состояний [187]).

Субъективная психология относится к характеру психического процесса, к его содержанию, как процесс к его нервному механизму. Этот механизм все глубже изучается, изучение его перенеслось с животных на человека, происходит с крупным успехом и приводит к познаванию существа психического процесса, процессов душевной жизни.

Последнее время особое значение передатчиков возбуждения с центростремительных волокон большим пирамидным клеткам придается т. наз. клеткам Martinotti, находящимся в различных слоях коры и посылающим восходящий аксон в молекулярный слой, в котором он ветвится горизонтально.

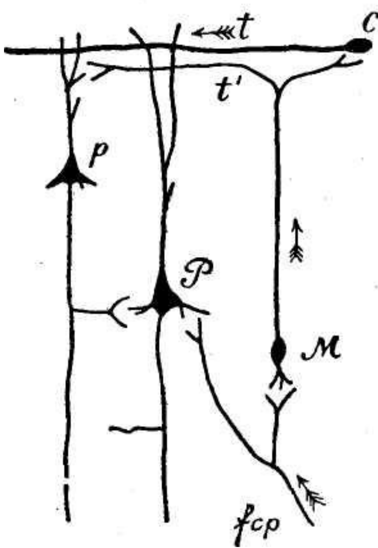


Рис. 6. Схема внутрикорковых путей, fcp — центростремительное волокно. M — клетка Martinotti. O — клетка Cajal'я ; t' — ее аксон (толстое тангенциальное волокно), f — тонкое тангенциальное волокно, p — малая пирамида, P — большая пирамида. По Блуменау.

Блуменау *) дает приводимую здесь схему, из которой видно, что при известных условиях коллатерали играют роль тормозов: если какая-нибудь сочетательная клетка, напр., малая пирамида p (рис. 7), получившая возбуждение от t', через коллатераль своего аксона передает возбуждение глубже лежащей пирамиде P, которая одновременно подверглась прямому раздражению от центростремительного волокна fcp, в результате может произойти интерференция раздражений или угнетение пирамиды P; тем временем волна возбуждения разольется по сочетательным путям, и, таким образом, корковый рефлекс будет 'подавлен ассоциативным (психическим) процессом.

В мозговой коре передача раздражений происходит вообще медленнее, что Bethe об'ясняет задержкой раздражения в фибриллярных сетках**).

Что касается самого существа биологического процесса, лежащего в основе явлений душевной жизни, то несомненно должно признать, что процесс этот, сущность которого далеко не представляется изученной, а уясняется лишь намеками, есть процесс биохимического характера, связанный теснейшим образом с кровообращением и внутритканевыми процессами.

Еще Meynert предложил теорию, об'ясняющую биологическую сторону психических явлений и заключающуюся в следующем: каждый работающий орган находится в состоянии функциональной гиперэмии; Virchow показал, напр., по отношению к почкам, что эпителий их в состоянии раздражения набухает, набухает и мышечная клетка, набуханием должна сопровождаться и функция нервной клетки, присасывающей, благодаря развивающемуся в ней при усилении функции питательному или молекулярному притяжению (nutritive, moleculäre Attraction), тканевую плазму; необходимость молекулярного притяжения для развития функциональной гиперэмии корковых элементов доказывается еще и тем, что ин'екция капилляров коры искусственной массой представляется чрезвычайно затруднительной, а следовательно, для функциональной гиперэмии, кроме нагнетательной деятельности сердца, требуется и молекулярное притяжение нуждающихся в гиперэмии элементов мозговой коры. Функциональная гиперэмия является неизбежным спутником и ассоциативного процесса; однако, неограниченно распространяющаяся ассоциация вызвала бы общее набухание мозга, подобно набуханию селезенки, заключенной в податливую капсулу; капсула мозга состоит из твердого, неподатливого черепа, и набуханию подвергаются те области мозга, которые в данное время несут усиленную функцию; чем сильнее функция и связанная с нею гиперэмия определенных участков коры, тем слабее выражено молекулярное притяжение соседних участков. Химическая природа рассматриваемого процесса вытекает еще из наблюдения, что выделение фосфора мочею, увеличенное во время она, падает в период умственной работы; следовательно, функция мозговой коры связана с химическим синтетическим процессом, наличностью которого, может быть, и об'ясняется явление молекулярного притяжения [188-189]).

Нельзя не признать, что со времени Meynert'a изучение биохимизма психорефлекторного процесса настолько незначительно подвинулось вперед, что к приведенной гипотезе можно прибавить лишь очень немного; нельзя присоединиться к ней всецело, но нельзя и опровергнуть ее по существу в ее основной идее.

Mosso [190-191]); при посредстве своих весов, с ясностью показал, что при психической работе приток крови к мозгу увеличивается. Далее, он подтвердил это исследованиями, произведенными на людях с дефектами

---

*) Блуменау, 1 с.[119]), стр. 361—362.

**) Bethe, 1. c.[144]), S. 349.

черепной покрышки. Исследования Mosso были проверены и подтверждены и другими авторами, особенно Berger'ом [192-193]); последний подтвердил и наблюдение Mosso относительно несколько более высокой температуры мозга по сравнению с кровью аорты; Berger показал, что при продолжительной психической работе температура мозга повышается в среднем на 0,01—0,02° С в минуту. В то время, как кровенаполнение мозга при психической работе увеличивается, периферические сосуды конечностей суживаются [194-196]) (Binet и др.). Что же касается вопроса о равномерности или неравномерности распределения в мозгу избыточно приливающей при усиленной психической работе крови, то об этом ничего неизвестно (Weber [197])); самое большее, что можно допустить, - это то, что во всех областях мозговой коры, к которым приливает кровь, происходит усиление окислительных процессов, а вследствие этого повышение и облегчение ассоциативных процессов. Биологические процессы в мозгу и нервной системе вообще бесконечно сложны и разнообразны, как и другие функции человеческого организма, — кровообращение, дыхание, обмен веществ, теплообразование; все эти процессы протекают с прямым или косвенным участием мозга, так что чрезмерная умственная работа не остается без вреда для организма[198]).

Bied1[200]) подчеркивает предположение Schifferdecker'a[199]) о громадном значении внутренней секреции для процессов, происходящих в нервной системе; по его мнению, продукты, выделяемые нервными клетками при их питании, могут действовать в качестве возбудителей нервных элементов. Если, говорит Bied1, прежде каждый процесс в организме рассматривался, как “нервный”, как результат иннервации, то в настоящее время нервные процессы рассматриваются, как обусловленные химической основой. Необходимо также иметь в виду еще совсем неразработанный вопрос о значении гормонов для психобиологической деятельности.

Из всего изложенного следует, что в настоящее время еще нет строгих доказательств преимущественной гиперемии работающих отделов мозга; но в этом допущении Meynert'a, идущем в согласии с теоретическими соображениями, нет ничего ни парадоксального, ни невероятного.

Можно указать еще на существование некоторых данных, говорящих в пользу изменения химизма нервной клетки во время ее работы; эти данныя были представлены еще в 1882 г. F1emming'ом [201]), F1esch'ем [202]) и позднее некоторыми другими авторами (Mann[203])) и заключаются в наблюдении более яркой и густой окрашиваемое™ покоящихся клеток; клетка работавшая, утомленная, окрашивается бледно; по отношению к клеткам, протоплазма которых содержит хромофильные элементы, по Nissl’ю [204]) это об'ясняется тратой, расходованием этих элементов. Ядра утомленных клеток в свою очередь уменьшаются в об'еме и приобретают неровные очертания, между тем как вообще деятельное состояние клетки до периода утомления сопровождается увеличением ядра. Вообще говоря, деятельное состояние нервной клетки характеризуется увеличением об'ема ее протоплазматического тела и уменьшением хромофильной части протоплазмы. Нервные проводники, осевые цилиндры, в периоде раздражения током окрашиваются в более темный цвет, а после раздражения в более бледный[*]). Конечно, нельзя не согласиться с Nissl’ем, что густота окраски находится в связи с большим количеством хромофильного вещества в клетке, но самая яркость окраски заставляет думать, что здесь дело об'ясняется не только изменением хромофильного вещества в деятельной и покоящейся клетке, но также и изменением ее химического состава, б. м., кислотности (Fibrillensäure, Nisslsäure [**])).

XI.

Память. Содержание понятия памяти. Память органическая и сознательная. Запоминание, воспроизведение, узнавание, забывание. Типы памяти; ее общие свойства. Аффективная память. Индивидуальные различия памяти. Память мужчин и женщин. Связь памяти с возрастом. Изменение памяти в старости. Закон Ribot. Примеры замечательной памяти; Inaudi, Диаманди, Rückle. Различная сила памяти; несовершенство воспроизведения; определение периодов времени; пробелы и иллюзии воспоминания. Биологическая основа памяти (Ribot, Meumann, Offner, Semon).

В главе VIII было сказано вкратце о способности памяти, выражающейся в удерживании или запечатлении в психике человека различного рода психических процессов, в ней происходящих, и находящейся в несомненном соотношении с теми следами, которые развиваются и остаются в основных элементах коры головного мозга, в связи с теми биологическими процессами, которые являются субстратом душевной деятельности. Способность памяти заслуживает более подробного изучения.

Словом память обозначается весьма сложное понятие: во-первых, сюда относится способность запечатлевать, удерживать, сохранять восприятия, впечатления, вообще, процессы душевной деятельности, способность запоминать; во-вторых, к памяти относится способность воспроизведения, репродукции воспоминания того, что было раньше удержано или зафиксировано; только при наличности способности воспроизведения можно судить о функции запоминания, так как промежуточный процесс, процесс покоящихся в памяти впечатлений, ускользает от сознания; в-третьих, к памяти относится локализация впечатлений, отнесение их к прошлому (Ribot[205])), способность узнавания.

Три указанные способности, вместе взятые, составляют собою полную память.

Фиксирование впечатлений есть свойство центральной нервной системы, лежащее в основе памяти;

---

[*]) v. Gehuchten, 1. c.[130]), p. 319.
[**]) Bethe, 1. c.[144]), S. 143.

поэтому некоторые психологи, как, напр., Ribot, различают память органическую, т.е., биологический процесс, независимо от сознательного характера связанной с ним психической деятельности, и память сознательную, психологическую, как душевную способность, независимо от биологического процесса, лежащего в ее основе. В сущности, по признанию самого Ribot, предложенное им расчленение памяти различается лишь присутствием или отсутствием элемента сознаваемости. Для того, чтобы ощущение, представление или любой психологический процесс запечатлелся, иными словами — вошел в содержание удерживаемых памятью событий, сделался ее достоянием, необходимо, чтобы он удовлетворял ряду условий: прежде всего, он должен обладать известной силой, иначе он пройдет бесследно; далее, он должен продолжаться известное время, так как, будучи чрезмерно быстрым, он также останется не отмеченным; он должен вступить в связь с другими элементами содержание сознания [206]). Этими главными условиями определяется запоминание и создается расположение [207]) к воспроизведению или извлечению из запаса памяти его содержимого в различных сочетаниях. Запоминанию способствует в весьма значительной степени повторность впечатлений, их ритмичность. Еще важное условие заключается в сосредоточении внимания на известном процессе или, вернее, в привлечении внимания известным раздражителем. Остается еще одно условие, с которым связывается прочность запоминания и установления ассоциативных связей; это условие выражается в чувственной, эмоциональной окраске известных впечатлений, в развивающемся в связи с ними нервно-психическом тоне[*]). Наличность известного интереса к предмету, эмоциональная окраска, связанная с восприятием, обусловливает прочность запечатления, прочность запоминания.

Репродукция или воспроизведение связано теснейшим образом с ассоциативными процессами, так что условие течения и возникновения ассоциаций (гл. VIII) являются в то же время условиями воспоминания[**]). Кроме законов ассоциации, в рассматриваемом психологическом процессе очень важное значение имеет уже разобранный в гл. VIII процесс констелляции, группирования представлений, состоящий из ряда элементов и являющийся одним из довольно сложных процессов душевной жизни.

Узнавание по Ribot является условием, завершающим процессы памяти; без наличности других ее элементов самостоятельного значения оно иметь не может. Узнавание приближается к репродукции, составляющей значительную часть содержания этого процесса; узнавание заключается в признании известных впечатлений знакомыми, в отождествлении их с теми представлениями, которые возникают в сознании при восприятии этих впечатлений; узнаются впечатления, вызывающие аналогичные ассоциации, повторно вызывающие сходные представления; фактически эти представления могут быть не строго тождественными, но суб'ективно признаются, как таковые.

Важное условие памяти и в то же время ее необходимое свойство есть забвение или забывание; оно заключается в том, что с течением времени впечатления, как бы стираясь, постепенно исчезают из памяти, воспроизводятся все с большим и большим трудом, наконец, способность вспоминать их утрачивается. Это свойство памяти представляется нормальным и естественным явлением, оно находится в тесной связи с факторами, определяющими прочность запоминания, и особенно тесно связано с временем, про которое недаром говорят, что оно сглаживает все. Ribot основательно замечает, что если бы мы все удерживали в памяти, то в конце концов мы лишились бы возможности вспоминать, так как для воспроизведения какого-либо представления пришлось бы каждый раз воспроизводить весь длиннейший и сложнейший ряд представлений, отделяющий настоящий момент от воспроизводимого представления[*]).

Память различных людей отличается по своей обширности, своему богатству, и по своей силе; чем большее количество воспроизведений присуще данному лицу, тем обширнее его память; чем продолжительнее удерживаются полученные впечатления, тем легче могут воспроизводиться наиболее давние впечатления, тем прочнее, тем сильнее память, которая и характеризуется своей обширностью и силой [208]).

Одни люди легче запоминают впечатления, полученные ими при посредстве зрения, другие - при посредстве слуха, третьи лучше всего запоминают читаемое, если зрительное чтение сопровождается повторением читаемого про себя, не вслух, а лишь сопровождается речевыми движениями, необходимыми для произнесения слов; сообразно с этим вырисовываются три типа памяти - зрительная, слуховая и двигательная или моторная память; лица первого типа, передавая прочитанное, вызывают в своем сознании его зрительный образ; вторые воспроизводят слуховые представления; нередко наблюдаются смешанные типы, выражающиеся в сочетании, напр., слухового типа с моторным; об этих свойствах памяти будет еще говориться ниже. Есть лица, прекрасно запоминающие и воспроизводящие показанные им краски и цвета, но которые не в состоянии воспроизвести слышанную ими простую мелодию, и обратно, лица, обладающие прекрасной музыкальной памятью при слабой зрительной. Чаще всего встречаются лица с памятью смешанного типа, с некоторым преобладанием одного вида памяти над другими.

Истощение и утомление отражаются на памяти отрицательно, заметно её понижая; наоборот, отдых, улучшение состояния питания, приводят к благоприятным результатам, повышая функции памяти.

Специальные исследования показывают, что, если предложить запомнить ряд слов или цифр и попросить воспроизвести этот ряд по памяти, то лучше всего воспроизводятся первые и последние слова и цифры ряда,

---

[*]) Бехтерев[186]), 1. с, стр. 136.
[**]) Meumann, 1. с.[206]), стр. 17.
[*]) Ribot, 1. с.[205]), стр. 49-50.

затем находящиеся ближе к последним, приблизительно в обратном порядке. Это наблюдение неоднократно подтверждалось многими исследователями.

Взрослый человек воспроизводит ряд из 8-10 букв, слогов, слов, если он не упражнялся предварительно в их воспроизведении; упражнение повышает способность воспроизведения до 13-14 слов; большое значение имеет при запоминании характер запоминаемого материала, его осмысленность; так, воспроизведение букв или цифр достигает количества 13-14, бессмысленных слогов - 8-9, слов - до 12, стихотворений - до 24 слов, прозы - до 36 слов (Meumann[**])).

Если, давая исследуемому лицу запоминать ряды слов, букв или слогов, подвергнуть изучению его способность воспроизвести данные ряды через различные промежутки времени, получаются весьма интересные результаты; много труда изучению памяти в указанном направлении посвятил Ebbinghaus[208]), но результаты его исследований за последнее время подвергнуты критике Meumann'ом[***]), в психологической лаборатории которого при опытах, поставленных более тщательно, получились несколько иные результаты. Исследуя способность воспроизведения рядов заученных слогов через 5—20 мин., через 1—8 часов, через 1—120 дней, Meumann выяснил, что забывание идет, наростая, до 8 часов, так как через 8 часов забывается 52,6% заученного материала; через сутки забывается только 32,2%; такое парадоксальное на первый взгляд явление об'ясняется тем, что в течение дня (8-ми часовой срок) развивается общая усталость, препятствующая воспроизведению, за сутки же человек успевает отдохнуть, и ассоциации за это время успевают лучше закрепиться; дальнейшие исследования показывают, что степень забывания, получающаяся через 8 часов, достигается лишь через 6 дней (50,7%), и то лишь приблизительно; почти полное забывание воспринятого материала, конечно, не возобновленного повторением, наступает через 120 дней (97,2%).

Для закрепления в памяти рядов слогов требуется определенное количество повторений, уменьшающееся с каждым днем; так, для заучивания наизусть 24 слогов требуется 21,6 повторений (в среднем), для возобновления их в памяти на второй день необходимо 4 повторения, на третий — 1, на четвертый — 0,7 и т. д. По исследованиям Ebbinghaus'а длинные ряды запоминаются лучше; так, ряды в 36 слогов запечатлевались вдвое лучше, чем ряды в 12 слогов; осмысленный материал запоминается лучше и легче возобновляется в памяти, т. е., с затратой меньшего числа повторений, чем то необходимо для рядов бессмысленных слогов.

Ribot был выдвинут интересный вопрос о так наз. аффективной памяти или памяти чувствований; ему же принадлежат и первые опыты и исследования в этом направлении. Исследование показало, что 60 человек из 100 могут воспроизводить вкусовые и обонятельные образы, при чем 12% воспроизводят любые из этих образов по желанию. Чувство голода воспроизводится в половине исследованных случаев, чувство жажды — чаще; большинство не помнит болевых ощущений, но есть лица, воспроизводящие их весьма живо. Большинство не воспроизводит аффективных состояний, эмоций, как таковых, а вспоминает связанные с ними события, иногда лишь сообщая им легкую эмоциональную окраску; но встречаются лица, несомненно обладающие настоящей аффективной памятью, действительно переживающие в воспоминании известную эмоцию. Такие лица должны чаще встречаться среди артистов сцены, музыкантов-композиторов. Ribot приводит пример Littré, испытавшего в возрасте десяти лет сильную печаль, вызванную гибелью сестры при весьма потрясающих обстоятельствах; в преклонном возрасте это событие возродилось в его памяти с мучительною печалью, вызвавшею у него слезы.

Ribot выделяет ложную аффективную память, заключающуюся в представлении события с присоединением к нему аффективного отпечатка, отличая ее от настоящей, заключающейся в действительном воспроизведении прежнего аффективного состояния с присущими ему чертами; в первом случае скорее вспоминается самый факт, наличность эмоции, во втором случае переживается самая эмоция. Ribot допускает существование аффективного типа памяти, подобно зрительному, слуховому, моторному[210]).

Чувственная память выделяется и новейшими авторами (Meumann[*])), придающими памяти специальные функции, как чувственная память, память ощущений времени и пространства, конкретных объектов, отвлеченных абстрактных знаков, символов, имен, чисел, слов, памяти ощущений внутренней жизни и ее процессов (эмоциональная память).

Не у всех людей и не при всех условиях способность памяти представляется тождественной; напротив, с ней связывается ряд индивидуальных особенностей. Выше уже было сказано о зрительном, слуховом и моторном типах памяти; индивидуальные особенности выражаются также в скорости запоминания и в скорости забывания, неодинаковых у различных лиц: одни запоминают быстро, другие запоминают медленно, одни очень быстро, другие — очень медленно; специальные исследования показывают, что первые и забывают быстро, вторые же гораздо прочнее и дольше удерживают в памяти то, что они запомнили. Такая индивидуальная особенность обусловливается до известной степени различным у различных лиц развитием способности сосредоточивать внимание на запоминаемом об'екте. Из этого общего правила встречаются исключения, а именно, бывают лица, быстро запоминающие и медленно забывающие и обратно — медленно запоминающие и быстро забывающие (Meumann, Offner). Упражнение

[**]) Meumann, 1 c.[206]), стр. 205.
[***]) Meumann, 1. c.[206]), стр. 213-216.
[*]) Meumann, 1. c.[206]), стр. 34, 55.

при помощи различных методов может способствовать развитию и укреплению памяти.

Дальнейшее индивидуальное свойство памяти заключается в ее отношении к содержанию запоминаемого: так, одни лучше и легче запоминают мелодии, чем цвета, или наоборот, другие хорошо запоминают лица и плохо помнят имена, третьи обладают особенно хорошей памятью на числа, хронологические даты, но в то же время с большим трудом заучивают стихотворения или прозу; взгляда, брошенного на шахматную доску, для некоторых лиц оказывается достаточно, чтобы хорошо запомнить расположение фигур, другие, мельком взглянув на изображение растения или животного, воспроизводят его в деталях. Ниже будут приведены примеры замечательных и исключительных явлений в области такой индивидуализации памяти.

Исследования показывают, что существуют различия между памятью мужчин и женщин. У мальчиков первое место занимает память на предметы, потом слова зрительного содержания, затем слухового, далее — память звуков или тонов или чисел, отвлеченных понятий и, наконец, память чувств. У девочек первое место занимают слова зрительного содержания, затем следует память предметов, звуков, чисел и абстрактных понятий, память на слова слухового содержания, тактильные и двигательные представления и, наконец, чувства. В общем, по Meumann'у, сначала девочки запоминают лучше мальчиков; так продолжается до 13—14 лет, когда мальчики начинают догонять девочек, даже слегка их перегоняют. По наблюдениям некоторых авторов репродукции у женщин совершаются быстрее, чем у мужчин.

Что касается развития памяти соответственно возрасту, то большинством авторов отмечается, что впечатления с трех — четырехлетнего возраста могут удерживаться в течение всей жизни; только в отдельных случаях приводятся примеры репродукций более раннего возраста, в виде отдельных, отрывочных воспоминаний, даже относящихся к возрасту 6—8 месяцев (!); к таким крайним указаниям, конечно, можно отнестись с весьма законным сомнением, появление же у детей в возрасте 2-2 ½ л. в известной обстановке воспоминаний, связанных с этой обстановкой и относящихся к возрасту в 1-1 ½ года, приходится наблюдать несомненно. Несомненно также, что некоторые яркие события из жизни первого детского возраста запоминаются довольно детально на всю жизнь, хотя бы они произошли и до трехлетнего возраста, напр., в возрасте 2-х лет. В моем распоряжении имеется ряд воспоминаний, относящихся к этому возрасту, весьма живых, подтвержденных свидетелями этих событий; но эти воспоминания связаны, главным образом, с обстановкой получения болевых ощущений при случайных падениях, ушибах и т. под.

В возрасте 5, 6 и 7 л. способность запоминать и удерживать в памяти постепенно наростает, сначала довольно медленно, а потом быстрее, достигая наибольшего развития к 14—15 годам, затем, в периоде возмужалости память несколько страдает, повышаясь снова к 21 году (Pehlmann), по наблюдениям же Meumann'a она наростает до 25 л., оставаясь долго затем неизмененной, а впоследствии постепенно и незаметно падает [*]).

Из только-что сказанного видно, что память развивается и крепнет с возрастом, постепенно претерпевая в своем прогрессирующем развитии лишь небольшие колебания в периоде возмужалости. Эти выводы основаны на многочисленных экспериментальных исследованиях и с несомненностью указывают на несостоятельность распространенных в обществе представлений о значительной силе памяти дошкольного детского возраста по сравнению с памятью взрослых.

Нечаев, специально останавливающийся на этом вопросе, об'ясняет такое заблуждение следующими господствующими представлениями: 1) дети часто запоминают мелочи, которых не помнят взрослые; 2) запоминаемое в детстве помнится до старости; 3) дети усваивают иностранные языки легче, чем взрослые.

Разбирая приведенные основания, Нечаев обращает внимание, что дети и взрослые запоминают не при одинаковых условиях, особенно со стороны интереса и привлечения внимания различными частностями развертывающихся перед ними событий; удивляясь тому, что ребенок запомнил заинтересовавшую его мелочь, не думают обыкновенно о количестве впечатлений, забытых ребенком и сохранившихся в памяти взрослого. Далее, помнятся те впечатления детства, которые отличались особенной яркостью, особенно поразили ребенка; они часто возобновляются в памяти и таким образом освежаются, а иногда еще пополняются рассказами взрослых. Что же касается усвоения детьми иностранных языков, то надо помнить, что обычно дело не идет о серьезном изучении языка, а лишь о разговорном языке детского характера, к которому пред'являются совершенно иные условия, чем к языку взрослого, и который изучается совершенно иначе, чем изучают язык люди взрослые [**]). Таким образом, ходячее мнение является предрассудком, который в настоящее время исправлен экспериментом.

Достигнув наибольшей степени развития в возрасте 21—25 л., память сохраняется на этом уровне до 46—50 л., а иногда и несколько долее; только в этом возрасте она начинает постепенно убывать, особенно в смысле восприимчивости к новым впечатлениям. Способность воспроизведения в направлении быстроты воспроизведения развивается и падает в отношении с возрастом приблизительно параллельно памяти. В общем, воспроизведение у людей образованных совершается быстрее, чем у необразованных, у школьников быстрее, чем у детей того же возраста, но не учащихся.

Невозможность воспроизведения есть забвение. В старческом возрасте воспроизведение более или менее существенно замедляется; особенно страдает память ближайших событий, память недавнего прошлого,

---

[*]) Meumann, 1. c.[206]), стр. 112—123—148—161—209. Offner, 1. c.[207]). S 251—253.
[**]) Нечаев, 1. c.[208]), стр. 71—74.

между тем как воспоминания зрелого и юного возраста удерживаются весьма прочно, что особенно поражает своим контрастом в случаях резкого ослабления памяти по отношению к ближайшим событиям. Это явление естественным образом об'ясняется тем, что организм, увядающий в инволюционном периоде своей жизни, и в частности центральная нервная система становится менее восприимчивой к новым впечатлениям, между тем как старые, прочно укрепившиеся, продолжают удерживаться. Вполне понятно отсюда, почему так часто старики, живущие впечатлениями прошлого, являются laudatores temporis acti.

Чаще воспроизводимые, чаще повторяемые впечатления удерживаются лучше, дольше; поэтому прежде всего страдает память на собственные имена; далее следует память названий конкретных предметов и лишь позднее страдает память отвлеченных; это об'ясняется тем, что подобно тому, как с собственными именами связывается представление о лицах, их носящих, так и с названием предмета связывается представление самого предмета; эти представления и удерживаются в памяти, раздваивающейся, расщепляющейся в этих случаях; отвлеченные же представления, требуя больше времени и упражнения для запоминания, помнятся, как таковые, не связываясь с конкретными предметами. Вслед за именами существительными следуют имена прилагательные, глаголы и, наконец, самые несложные слова —междометия, союзы; дольше всего удерживается память жестов[*]). Выражаясь короче, впечатление легче всего воспроизводится в тех случаях, в которых оно возникло при наиболее благоприятных условиях (сила, чувственный тон, степень возбуждения, внимание, интерес, возраст), и если оно впоследствии при наиболее благоприятной обстановке повторилось и укрепилось, и обратно: впечатление тем легче исчезает, чем менее благоприятны были условия, при которых оно возникло и повторилось. То же самое выразил Ribot [**]) в своем законе прогрессивного расстройства памяти, по которому прежде всего утрачивается память ближайших, текущих событий, далее — общих идей, чувствований и действий; упадок памяти движется от нового к старому, от сложного к простому.

Наблюдаются случаи замечательного развития памяти, при чем обыкновенно обращает внимание развитие памяти в одном каком-либо специальном направлении, между тем как в других направлениях память лишь незначительно превышает среднюю или даже бывает ниже средней.

Fechner рассказывает об одном живописце, который мог писать портрет определенного лица наизусть после того, как он внимательно в течение часа рассматривал это лицо. Makart в деталях изображал цветок, взглянув на него почти мельком. Подобное же рассказывают о Horace Vernet и Gustave Doré, знаменитом иллюстраторе “Потерянного Рая” Milton'a. Есть шахматисты, которые ведут игру одновременно с большим числом желающих. Из истории известно, что Фемистокл знал имена около 20 000 афинских граждан. Митридат владел 22 языками. Кардинал Mezzofanti знал 66 языков, из которых 36-ью он владел в совершенстве, а с остальными был знаком более или менее[***]).

Об известном счетчике и математике Dase передают, что он мог, после краткого изучения, повторить 188 цифр сначала и в обратном порядке и мог назвать место любой из них в ряду. G. Rückle в течение 13 мин. запоминает 204 числа, разбивает их на группы и производит над ними различные действия.
Феноменальное явление представляют из себя пьемонтец Jacques Inaudi и грек Перикл Диаманди; оба они были исследованы Charcot [211-212]) Binet [213-214]), а позднее Meumann'ом[****]).

Inaudi был пастухом и лишь в возрасте 14 л. выучился грамоте; научившись считать, он в возрасте 7 л. устно, без всяких пособий помножал пятизначные числа; в 1880 г. в Париже его исследовали Broca, Charcot и Binet; он выступал публично, делая устные умножения с 24-х-значными множителями; вид цифр мешает Inaudi, цифры должны быть ему сообщены устно; в то время как он вычисляет, его импрессарио производит то же вычисление письменно, на доске; временами он прерывает вычисление и для развлечения публики вычисляет, напр., день недели, если кто-нибудь из присутствующих назовет ему год и число своего рождения, и т. под. Память Inaudi на цифры такова, что произведя вычисление с 300 цифрами, он тотчас может повторить его сначала и даже на следующий день. Если ему назвать цифры для непосредственного воспроизведения, он может запомнить их до 42, тогда как число воспроизводимых им букв не превышает 7, музыкальная память его ниже среднего уровня. Inaudi запоминает числа логически, в связи с задачей; если непосредственно он запоминает около 40 цифр, то в связной форме число их достигает 400. Binet считает Inaudi счетчиком чисто слухового типа, но это не совсем правильно: его вычисление сопровождается регистрируемыми речевыми движениями; если он вычислял с высунутым или придавленным между губами кончиком языка, что нарушало речевые движения, то время вычисления увеличивалось втрое. Поэтому Meumann относит Inaudi к счетчикам моторно-слухового типа.

Диаманди представляет явление резко отличное от Inaudi. Он происходит из образованной семьи, и сам получил образование. Inaudi требует только, чтобы задала была ему громко прочитана, и никогда на нее не смотрит, Диаманди же безусловно требует, чтобы задача была ему написана; тогда он быстро на нее взглядывает, закрывает глаза и представляет себе мысленно написанную задачу, вызывая зрительное ее представление; когда это достигнуто, Диаманди принимается за вычисление. Он также пользуется речевыми движениями и поэтому не является счетчиком чисто зрительного, а моторно-зрительного типа. Работа Диаманди идет гораздо медленнее, чем работа Inaudi: ряд из 25 цифр Диаманди запоминает через 3 мин., а Inaudi через 45 сек., но для повторения цифр представленного ряда сверху вниз или снизу вверх Inaudi тратил времени вдвое и втрое больше, чем Диаманди, так как последний просто считывал цифры внутренне созерцаемого им ряда; Диаманди легко запоминает цифры, вписанные в квадрат или в спираль, чего почти не

---

[*]) Offner, 1. c.[207]), S. 274—277—283.
[**]) Ribot, 1. c.[205]), стр. 167.
[***]) Offner, 1. c.[207]), S. 253.
[****]) Meumann, 1.c.[206]), стр. 142—147.

может сделать Inaudi. Обоих этих счетчиков превзошел Rückle, представляющий из себя в отношении памяти тип смешанный.

Память, основывающаяся на впечатлениях с разных органов чувств, является наиболее совершенной, наиболее полной и наиболее выгодной.

Если с одной стороны память может достигать весьма совершенного развития, особенно одностороннего, как видно из приведенных примеров, то с другой стороны нередко приходится считаться и с некоторыми несовершенствами этого психического процесса. Во-первых, наблюдаются различные степени силы памяти: на ряду со средней, нормальной памятью приходится встречаться с колебаниями ее в сторону совершенства и в сторону отрицательную, хотя еще в пределах нормы. Во-вторых, приходится наблюдать некоторые несовершенства процесса воспроизведения, которые можно назвать обманами, ошибками, иллюзиями памяти; у людей больных, в случаях патологических, эти обманы памяти выражаются в весьма своеобразных формах, и о них речь будет впоследствии; здесь же говорится об ошибках памяти, наблюдаемых у людей нормальных, об ошибках, свойственных всем людям в большей или меньшей степени.

Выше уже было указано, что в большинстве случаев репродукции отличаются лишь приблизительным тождеством; чем чаще известные представления воспроизводятся, тем эти воспроизведения могут быть точнее; тождественность же устанавливается по совпадению наиболее характерных или, вернее, запечатлевшихся признаков. То же самое относится и к процессу узнавания или признания предмета знакомым, т. е., отождествления его с выплывшим о нем представлением, приобретенным уже раньше; вид действительного предмета может не совпадать в деталях с представлением, но если его умственный образ совпадает с действительностью в главных чертах, то предмет принимается, как знакомый; только детальное знакомство с предметом создает точное о нем представление, и нередко мысль о точном соответствии воспроизводимого образа с предметом реальной действительности является в значительной степени иллюзией; верность этого положения доказывается тем, что если приходится устанавливать тождество не одного предмета с представлением о нем, а узнать один из двух или большего числа очень сходных между собою предметов, то это нередко бывает связано с непреодолимыми затруднениями.

Весьма иллюзорным является воспроизведение различных периодов времени; одни периоды времени представляются в воспоминании более продолжительными, другие — более короткими, несмотря на то, что в действительности они были одинаковой продолжительности. Более продолжительными кажутся те периоды времени, которые связаны с количеством событий, послуживших источником многочисленных впечатлений и переживаний; те же промежутки времени, которые бедны впечатлениями, являются в воспоминании краткими; это об'ясняется тем, что в первом случае период времени воспроизводится, как ряд воспроизведений, связанных с переменами сознания, во втором же случае период времени воспроизводится суммарно, как одно целое. В действительном переживании наблюдается обратное явление — периоды времени, богатые впечатлениями, кажутся протекающими быстрее, чем периоды времени, бедные впечатлениями. В справедливости сказанного может легко убедиться каждый, сравнив в воспоминании продолжительность нескольких периодов своей жизни, длинных или коротких (годов, дней); каждый может также проверить, как быстро протекают дни, недели и месяцы, заполненные многочисленными воспоминаниями, и как медленно тянутся даже минуты, напр. ожидания?

Специальные исследования (Stern, Нечаев) показывают, что воспроизведение сложных об'ектов, напр., содержания показанных картинок, происходит с известными дефектами, как со стороны полноты, так и со стороны правильности воспроизведения; воспроизводятся даже такие предметы, которых на картинке не было, а иногда в то же время остаются незамеченными некоторые несообразности, намеренно изображенные на картинке. Степень дефектов воспроизведения связана с направлением внимания наблюдателя, с особенностями его памяти. Лица, воспроизводящие воспринятые ими впечатления, сначала передают то, что более всего привлекло их внимание; больше неправильных ответов получается тогда, когда они начинают давать ответы на вопросы, касающиеся деталей содержания показанных им картинок; при этом содержание картинок нередко искажается весьма существенным образом: предметы, изображенные на картинках, оказываются не на своих местах, изменяют свой цвет, одних предметов не оказывается вовсе, зато появляются такие, которых на картинке не было совсем.

Аналогичные несовершенства памяти обнаруживаются, конечно, не только при лабораторных опытах, но сплошь и рядом встречаются в действительной жизни. Особенное значение имеют рассматриваемые ошибки, когда дело идет о свидетельских показаниях, часто имеющих важное и решающее значение для участи подсудимого. Мне лично известен случай, когда врач, давая на суде показания о болезни одного из своих многочисленных пациентов, находившегося тут же, самым искренним и убежденным тоном рассказал то, что относилось к совершенно другому пациенту. Экспертиза тотчас же обнаружила эту совершенно понятную и неумышленную ошибку. С такими бессознательно-неправильными и ненамеренно-неверными и ошибочными показаниями приходится считаться каждому, судье. Gross [215]) в своей криминальной психологии и Hoche[216]) в судебной психиатрии уделяют особое внимание рассмотрению психологии таких ошибочных свидетельских показаний и указывают некоторые приемы, уменьшающие, а иногда и исключающие ошибки; к числу таких приемов относится, напр., допрос свидетелей на месте преступления и. нек. др.

Есть еще вид ошибок или, точнее, обманов памяти, выражающийся в т. наз. двойных, или двойственных

воспоминаниях; но этого рода обманы памяти принадлежат к области патологии памяти, и потому о них будет сказано впоследствии.

Обратимся к рассмотрению биологической основы памяти. Что происходит в центральной нервной системе при этом сложном психическом процессе, с какими изменениями он связан?

На этот вопрос до настоящего времени нельзя ответить с желательной категоричностью, а можно лишь предлагать более или менее обоснованные гипотезы; при этом следует признать, что новейшие ученые в этом направлении по существу дела ушли очень недалеко от ученых прошлого, правда, не столь давнего, которые принимали, что память есть “свойство организованной материи” (Hering, Hensen). Ribot*) обращает внимание, что центральная нервная система содержит около 1200 миллионов нервных клеток и от 4—5 миллиардов нервных волокон, что составляет прекрасную систему деятельных элементов, в которой беспрерывно происходят процессы освобождения живых сил и разряды. В этих элементах под влиянием процессов восприятия и других возбуждений устанавливаются известные динамические сочетания, являющиеся своего рода отпечатками, расположениями, лежащими в основе процессов памяти; в самых клетках при этом происходят различные неизвестные по существу изменения или модификации.

Трудно представить себе возможные пределы памяти, принимая во внимание грандиозное количество нервных клеток, в которых возможны изменения, и особенно количество возможных динамических сочетаний между нервными элементами. В чем заключаются рассматриваемые состояния нервных элементов — совершенно неизвестно, так как микроскопические исследования не дают достаточных указаний в этом направлении, но Ribot полагает, что сохранение состояний нервных элементов, устойчивость этих сочетаний, обусловливается питанием этих элементов, обеспечивающим “нормальную конституцию” мозга, от которой зависит удовлетворительная работа памяти; процессы воспроизведения Ribot связывает с явлениями кровообращения.

Приблизительно то же о возникающих расположениях элементов нервной системы, невронов, говорят и позднейшие авторы, как, напр., Offner**), представляя это расположение скрытым, латентным до тех пор, пока связанный с ним психический (процесс не поднялся выше порога сознания. Воспроизведение связано теснейшим образом с оживлением указанных расположений, повторные впечатления вызывают повторное оживление расположений, связанное с узнаванием.

Дальнейшее распространение учения о расположении нервных элементов принадлежит Semon'у. Процессы памяти Semon [217-218]) вообще называет мнэмическими процессами, а органическую память характеризует греческим термином mneme. Процессы, происходящие в невронах, оставляют в них следы предрасположения к повторному, более легкому возникновению; эти предрасположения должны выражаться в субстанциальных, молекулярных изменениях нервных элементов, которые Semon называет энграфическими изменениями или энграммами. Эти энграфические изменения или комплексы энграмм лежат в основе сохранения впечатлений, запоминания. Если комплекс возбуждений, вызвавший уже однажды развитие комплекса энграмм, повторяется целиком или частично, то энграммы снова приходят в активное состояние, в чем и заключается экфорический процесс или экфория, лежащая в основе воспроизведения.

Вот к чему сводятся современные представления о биологической основе процессов памяти. К этому можно прибавить, что старые представления о том, что каждому отдельному запечатлению соответствует развитие следа в определенной нервной клетке, оставляются уже Ribot, который, как и последующие авторы, говорит о комплексных изменениях. Такие представления более соответствуют существу дела, так как периферические раздражения передаются соответствующим центрам комплексами невронов периферических комплексам невронов центральных, а не отдельным невронам. Такой взгляд находится в полном соответствии и с воззрениями современных неврологов, которые, как, напр., v. Monakow*), говорят о передаче раздражений комплексами невронов (Neurocomplex), а не отдельными нервными элементами.

По поводу значения кровообращения для процессов воспроизведения, особенно выдвигаемого Ribot, необходимо отметить, что при этом следует иметь в виду и роль продуктов внутренней секреции, разносимых по организму вместе с кровью; но роль этих продуктов далеко еще не освещена в сколько-нибудь достаточной степени.

XII.

Чувственный тон и эмоция. Развитие чувственных процессов; их количественные и качественные различия. Чувствования простые и сложные, низшие и высшие. Чувство эстетическое, этическое, религиозное, интеллектуальное; чувство любви. Взгляд James'a на классификацию эмоций. Настроение и его разновидности; влияние настроения на процессы душевной жизни. Аффект; страсть; деление аффектов; описание различных аффектов. Состояние дыхания и кровообращения при различных аффектах. Гипотеза James-Lange и ее значение. Связь ощущений с высшими чувствованиями. Гипотеза Meynert'a.

Процессы душевной жизни, протекающие в организме человека, в частности в головном мозге, как субстрате душевной деятельности, сопровождаются особой психической реакцией; эта реакция

---

*) Ribot l. c.[205]), стр. 29—32, 157—166.
**) Offner, 1. c.[207]), S. 21—24, 43—130.
*) v. Monakow, 1. c.[173]), p. 103.

сопровождает, как простые, элементарные психические процессы, напр., ощущения, возникающие в связи с раздражением органов чувств, так и более сложные, напр., ассоциативные, волевые акты; она сопровождается или развивается и при различного рода колебаниях процессов душевной жизни; реакция возникает, как при процессах, вызванных внешними раздражителями, так и при процессах, связанных с раздражителями внутренними*); эта реакция заключается в развитии определенного нервно-психического **) или чувственного тона ***), переживаемого суб'ектом, она составляет область чувства или чувственную область, область эмоции, эмоциональную. Эмоциональные или чувственные переживания обычно сознаются, как таковые; иными словами, человек отдает себе отчет в переменах эмоциональных состояний, им переживаемых.

В основе развития чувственных процессов, как в основе развития процессов душевной жизни вообще, лежат ощущения и впечатления, возникающие при посредстве органов чувств - зрения, слуха, обоняния, вкуса и кожно-мышечного органа, устанавливающих связь человеческого организма с внешним миром, а также впечатления, возникающие со стороны внутренних органов - пищеварения, дыхания, кровообращения и др. Булавочный укол, вызывающий болевое ощущение, сопровождается неприятным или отрицательным чувственным тоном, чувством неудовольствия; горький вкус хинина или противный запах какого-нибудь вещества также вызывает соответственную чувственную реакцию; наоборот, существует ряд ощущений, сопровождающихся развитием приятного или положи-тельного чувственного тона, обусловливающего чувство или эмоцию удовольствия. Примеров приятных и неприятных чувствований можно было бы привести очень много. Можно указать также на ряд ощущений, которые, будучи слабыми, сопровождаются чувством приятным, усиливаясь же, вызывают неприятное чувство; к числу таких ощущений относится, напр., ощущение щекотки.

Из приведенных примеров видно, что чувствования могут различаться в качественном отношении, как имеющие в основе положительный или отрицательный чувственный тон. Они различаются также и в количественном отношении, так как могут быть слабыми и сильными, кратковременными и продолжительными; бывают ощущения, не вызывающие по своей силе и качеству заметных эмоциональных колебаний- безразличные или индифферентные впечатления, напр., ощущение температуры воды, соответствующей температуре тела, и нек. др.

Чувствования бывают простыми и сложными; анализ их в этом направлении часто представляется чрезвычайно сложным и затруднительным, но на помощь ему является в каждом отдельном случае выяснение внешнего и внутреннего раздражения, или комплекса раздражителей, послужившего источником развития эмоционального состояния; напр., уже упоминавшееся выше чувство боли представляется простым по сравнению с эмоцией, вызванной рядом нахлынувших воспоминаний. Как на хороший пример сложного чувства можно указать на т. наз. общее чувство или самочувствие, которое возникает, как результат суммы впечатлений, получаемых центральной нервной системой из различных органов и отделов тела; это чувство существования с различными его колебаниями - чувство жизни, физического благосостояния или слабости, здоровья или недомогания****).

*) Лосский, 1. с.111).

**) Бехтерев, 1. с.102), ст. 136-140.

***) Wundt, l. c.3) и Wiundt219). Чувства и аффекты. Вып. V, стр. 129-136.

****) Wundt, 1. с.219). Эмоциональные элементы душевной, жизни. Вып. VI, стр. 351-382. Hoffding, 1. с.100), стр. 220-227.

Чувства, связанные с ощущениями, исходящими от органов обоняния, вкуса и кожных покровов, а также от внутренних органов, как желудок, сердце, кишечник, пузырь и др., служащие, главнейшим образом, поддержанию существования организма, принято рассматривать, как низшие чувства; сюда относятся, напр., такие чувства, как чувство голода, жажды, половое чувство. Низшие чувствования, происхождение которых связано с внутренними органами, называются также органическими чувствованиями. Конечно, и органы зрения и слуха служат интересам существования и питания, но будучи не так узко связаны с непосредственными интересами существова-ния и являясь источником более высоких, идейных эмоций, они составляют высшие чувства, из которых проистекают высшие чувствования или эмоции высшего порядка. Сюда относится чувство эстетическое или чувство прекрасного, чувство этическое или чувство нравственного, чувство религиозное, чувство интеллектуальное - логическое*). Чувство эстетическое питается почти исключительно зрительными и слуховыми впечатлениями (живопись, музыка), сопровождающимися развитием положительного чувственного тона; впечатление, являющееся источником отрицательного чувственного тона, не удовлетворяет требованиям эстетического чувства**).

*) Hoffding, 1. с.100), стр. 252-262.

**) Wundt, 1. с.219). Чувства и аффекты. Вып. V, стр. 145-153 и 215-225.

Этическое или нравственное чувство относится к т. наз. социальным чувствованиям*); оно должно лежать в основе отношений между отдельными людьми и более или менее значительными группами людей, начиная с отношений между членами семьи и кончая отношениями между целыми государствами. В обществах людей вырабатываются комплексы правил морали, которыми руководствуются члены сообществ в своих поступках и взаимоотношениях; жизнь заставляет воспитывать людей в определенных правилах, с которыми они так сживаются, что выполнение их вызывает в них чувство удовлетворения, положительный, приятный чувственный тон, совпадающий с установившимся моральным кодексом и поддерживающий его,

совпадающий с требованиями совести; нарушение установившихся правил этики, вызывая отрицательный чувственный тон, воспринимается, как реакция совести, и, будучи продолжительной, переживается в качестве угрызений совести. Уровень этики теснейшим образом связан со степенью культурности общества, в котором он вырабатывается; этика жителя Полинезии разрешает ему с'есть своего врага; до сих пор существует немало племен, свято чтущих обычай кровавой мести; отсюда, конечно, громадное расстояние до требований христианской морали, выдвинувшей идеи всепрощения и другие высокие идеалы; эти идеалы плохо осуществляются в современном обществе, но самое признание их служит мерилом его культурности; критерием оценки отношения к другому должно являться желаемое отношение к себе самому. Чувство долга занимает видное место в нравственном чувстве. Эгоизм и альтруизм находятся на противоположных полюсах современных представлений о нравственности.

Религиозное чувство связано теснейшим образом с чувством нравственным; будучи присущим всем народам, оно имеет источником своего происхождения страх и преклонение перед великими и непонятными явлениями природы, приводящими к их обожествлению на низких ступенях культуры, и занимается выяснением отношения между нравственными идеалами и реальною действительностью мира, почему Hoffding**) называет религиозное чувство космическим.

Интеллектуальное чувство***), возникающее первоначально в связи с присущим человеку стремлением к познаванию, проявляющемся в форме любопытства и любознательности, выражается в эмоции приятного, неприятного или смешанного характера, которая сопровождает интеллектуальные процессы душевной деятельности. Интеллектуальное чувство удовлетворяется при благоприятном течении умственных процессов, т. е., когда ассоциативные процессы, процессы воспоминания, сложные процессы логического мышления вообще протекают легко, гладко, беспрепятственно; в противном же случае, если мыслительная деятельность протекает шероховато, с препятствиями и тормозами - испытывается отрицательный чувственный тон, переживается неприятная эмоция неудовлетворенного интеллектуального чувства. Каждому знакомо приятное чувство, переживаемое при удачном разрешении сложной математической задачи, и противоположное чувство, развивающееся при неудачном ходе процесса решения задачи, неприятное чувство досады.

*) Ribot220). ч. II, стр. 241-265.

**) Hoffding, 1. с. 100), стр. 256.

***) Ribot, 1. с. 220). стр. 317. Wundlt, 1. с. 219). Чувства и аффекты. Вып. V. стр. 127-140.

Видное место среди смешанных чувствований, т. е., заключающих в себе черты и низших, и высших эмоций, занимает чувство любви*), в слабой степени выражающееся в чувстве симпатии, нежная эмоция (Ribot**)). Это чувство весьма сложное и разнообразное, в своих различных проявлениях, оно то приближается более к низшим, то к высшим чувствованиям. Основные примеры этого чувства, которое может вариировать весьма значительно, следующие: эгоистическая любовь, направленная на собственную личность; любовь к лицу противоположного пола, имеющая в основе половой инстинкт, т. наз. влюбленность; любовь между членами одной семьи, братьями и сестрами, братская любовь; материнская любовь - любовь матери к своему ребенку, которого она выносила и произвела на свет в страданиях, который является как бы частью ее тела; далее следует бескорыстная любовь к ближнему, являющаяся идеалом христианской любви; еще выше должна быть поставлена в смысле качества чувствования, любовь к человечеству и, наконец, любовь к идее, к науке, к отвлеченной истине; примеры такой любви представляют религиозные подвижники, реформаторы, ученые, совершившие великие открытия, как Архимед, Галилей и др.

Здесь приведены только некоторые, общепризнанные виды чувствований, наиболее резко очерченные; каждому, однако, понятно, что эмотивные состояния весьма колеблются не только в количественном, но и в качественном отношении; эти колебания весьма разнообразны и перечислять их здесь было бы бесполезно. Весьма многие психологи пытались дать научно-обоснованные, возможно полные классификации эмоций, но эти попытка нельзя признать удачными. James об'ясняет такую неудачу психологов в значительной степени тем обстоятельством, что бесчисленные оттенки эмоций незаметно переходят один в другой; хотя различие между эмоциями и устанавливается в словарях синонимов и в курсах психологии, но во многих немецких руководствах по психологии главы об эмоциях представляют просто словари синонимов, в которых эмоции исследованы, к несчастью, с чисто описательной точки зрения. "Что же касается научной психологии эмоций", говорит James, "то, должно быть, я испортил себе вкус, читая в слишком большом количестве классические произведения по этому вопросу, но только я предпочел бы читать словесные описания размеров скал в Нью-Гемпшире, чем снова перечитывать эти психологические произведения. В них нет никакого плодотворного руководящего начала, никакой основной точки зрения. Эмоции различаются и оттеняются до бесконечности, но вы не найдете в них никаких логических обобщений"***). Несмотря на только-что изложенное мнение James'a, остановиться подробнее на рассмотрении различных эмоционных состояний необходимо.

Центральный нервно-психический аппарат человека находится постоянно под влиянием и под впечатлением ряда раздражений, получаемых им извне, от органов и процессов собственного тела вообще и происходящих в центральной нервной системе в частности; все эти факторы, в значительной своей части несознаваемые, в связи с психическими переживаниями человека в данную единицу времени являются источником весьма сложного нервно-психического тона, сложного эмоционального состояния, известного под названием на -

*) Hoffding, 1. c.100), стр. 243.
**) Ribot, 1. c.220), стр. 209.
***) W. James221), стр. 307. В. Н. Осипова222), стр. 8.

строения. Чувства, лежащие в основе настроения, отличаются небольшой силой. В зависимости от силы и положительного или отрицательного качества отдельных элементов, определяющих своим преобладанием обусловливаемое ими положение, оно может быть самого разнообразного характера; нет возможности и надобности перечислять все встречающиеся его оттенки, они бесконечно разнообразны, но сколько бы их ни перечислять, они все охватываются понятиями приятного, неприятного и смешанного настроения положительного или отрицательного*).

Теоретически можно еще представить случай, когда обусловливающие настроение элементы по своей силе и качеству взаимно друг друга уничтожают, когда число и сила элементов, связанных с положительным тоном, окажутся равными числу и силе элементов, связанных с тоном отрицательным: в результате такого взаимоуничтожения должно получиться отсутствие настроения, нуль настроения, нулевая точка или состояние безразличия (Ziehen 1**), Ribot 1***)) ; самонаблюдение показывает, однако, что такое безразличное настроение встречается при обилии и разнообразии постоянно влияющих на психику факторов настолько исключительно редко, что некоторые психологи не только не признают существования безразличного настроения, но не допускают даже теоретической его возможности.

Настроение, как видно из предшествующего, не есть величина строго постоянная - оно претерпевает более или менее заметные колебания, как в количественном, так и в качественном отношении; у одних людей колебания настроения происходят легче, у других - труднее, нервно-психический тон одних подвижнее, у других он характеризуется большим постоянством; известная степень преобладания подвижности или устойчивости настроения может служить для характеристики данного лица, но следует помнить, что устойчивость настроения представляется понятием отнюдь не абсолютным, а лишь относительным; устойчивое настроение не есть величина неизменяемая, а представляется величиной слабо или медленно изменяющейся.

Качество настроения отражается весьма существенно на процессах душевной жизни: каждый знает, что одни и те же события представляются нам очень различными, в зависимости от переживаемого настроения, напр., в веселом и бодром настроении человек легче относится к жизненным невзгодам, чем в настроении подавленном, физическая и умственная работа также протекает лучше и легче в хорошем и бодром настроении. В настоящее время получены данныя, устанавливающие влияние настроения, как на простые, так и на сложные психические процессы, а именно, на скорость зрительных впечатлений и на характер и быстроту ассоциаций. Экспериментальное изучение вопроса (Осипова 222), Кармазина и Сухова323)) показывает, что наиболее благоприятным для умственных процессов представляется спокойно-веселое, приятное настроение; неприятное грустное настроение приводит к замедленному течению психических процессов; замедление наблюдается также в случаях ярко выраженного веселого настроения, при чем это замедление обусловливается не медленностью течения умственного процесса, а отвлекаемостью внимания; неспокойное настроение, волнение, также отражается на

*) Hoffding, 1. c.100), стр. 227. Wundt, 1. c.219), Чувства и аффекты, вып. V, стр. 247. Lipps, 1. c.199), стр. 216. Осипова 1. c.222), стр 8
1**) .Ziehen, 1. c.115), стр. 162-163.
1***) Ribot, 1. c. 220), стр. 78.

психических процессах их замедлением. Русская пословица "утро вечера мудренее" доказывает тонкую народную наблюдательность.

Интенсивность чувствований, лежащих в основе настроения, равно как и колебания их отличаются сравнительно небольшой величиной; вообще же эмоциональные состояния и колебания их могут быть чрезвычайно сильными. Такие сильные эмоции носят название душевных волнений, порывов, аффектов, аффекты - сильные чувства. Wundt *) определяет аффекты, как формы течения чувств, связанные с изменениями течения и сочетания представлений, обусловленными сильными чувствами.

Чувство большей или меньшей силы, укоренившееся благодаря привычке, как бы принявшее хроническое течение, есть страсть. Страсть может начинаться аффектом, усиливается и питается повторяющимися аффектами**). Чувства мести, ненависти относятся к страстям. Страсти связаны с сильно выраженным волевым элементом.

До настоящего времени сохранилось предложенное Kant'ом деление аффектов на стенические и астенические или возбуждающие и угнетающие; однако, не все аффекты во всем своем течении могут быть отнесены к одной из этих групп, так как существуют аффекты, носящие черты и угнетения, и возбуждения: такие аффекты должны быть рассматриваемы, как смешанные. Стенические аффекты представляются эмоциями преимущественно приятного характера, астенические - неприятного. Примером стенического аффекта может служить радость, астенического - печаль, тоска, испуг, смешанного - гнев.

Аффективные состояния в целом далеко не исчерпываются связанными с ними суб'ективными переживаниями - они сопровождаются целым рядом явлений со стороны сосудистой системы, мышц произвольного и непроизвольного движения, секреторных органов, что доказывается уже одним внимательным наблюдением и изучением этих состояний.

Аффект тоски, представляющий усиление аффекта печали, выражается прежде всего угнетением произвольных движений; человек в тоске сидит неподвижно на месте, опустив голову, согнув спину, сгорбившись; идет медленно, с трудом, иногда с частыми остановками, говорит мало, беззвучным слабым голосом; не обращает внимания на происходящее вокруг него, не замечает находящихся возле него лиц, не отвечает на вопросы, требуя повторения их по несколько раз; лицо малоподвижно, на лбу поперечная складка, внутренние концы бровей приподняты, взгляд тусклый, углы рта опущены, при сильной тоске, вследствие расслабления челюстных мышц, рот приоткрыт; дыхание поверхностное; на глазах слезы, а при сильной тоске их часто не бывает; наблюдаются плач и рыдания, которыми может прерываться малоподвижное состояние; дыхание поверхностное, прерывается вздохами; лицо бледное, конечности холодные на ощупь. Состояние сильной печали и тоски может сменяться приступами отчаяния, при которых неподвижное состояние нарушается, наступает усиленная подвижность своеобразного характера - человек ломает себе руки, бегает по комнате, не будучи в состоянии сидеть на месте, рыдает, ударяет себя в грудь, рвет на себе волосы. Затем, снова наступает малоподвижное состояние.
*) Wundt, 1. с. 219). Чувства и аффекты,   стр. 246.
**) Hoffding , 1. с. 100), стр. 276.
Аффект сильного удовольствия, радости, противоположен аффекту тоски и выражается иначе: здесь наблюдается усиленная подвижность, говорливость, восклицания; дети от радости прыгают, кричат, хлопают в ладоши; складки и морщины на лице разглаживаются, лицо может краснеть, глазные щели и ноздри расширяются, глаза блестят, углы рта оттягиваются в стороны, человек смеется, улыбается. Вид радостного человека, бодрый; дыхание свободно; движения легки и уверенны.
Ярость, гнев, негодование представляются различными степенями одного и того же аффективного состояния. Кровь приливает к лицу, лицо краснеет, вены на лбу и шее набухают, иногда лицо даже приобретает багровый цвет, глазные щели и ноздри расширяются, глаза блестят, в некоторых случаях краснеют, лоб наморщивается, брови сближаются, грудь тяжело поднимается, дыхание прерывистое, общее напряжение мускулатуры, челюсти сжимаются, иногда оскаливаются зубы, руки сжимаются в кулаки, члены дрожат, голос дрожит, речь неплавная, нередко бессвязная, вылетают отдельные слова и фразы; менее воздержанные люди бросают или ломают попадающиеся под руку предметы, жестикулируют, угрожая об'екту гнева, ударяют и даже бьют его. Слабые степени описываемого аффекта сопровождаются и более слабыми его проявлениями.
Недовольство, презрение, отвращение, выражаясь, главным образом, в мимике лица и приподнятом положении головы, близко соответствуют позе высокомерия и надменности, сопровождаются часто соответствующими жестами презрения; отвращение, имеющее в основе своей вкусовые ощущения, сохраняет аналогичную гримасу и при источниках нравственного характера, сопровождаясь в отдельных случаях тошнотными и даже рвотными движениями.
Аффект удивления и изумления характеризуется общей приостановкой движений, широким раскрытием глазных щелей и в некоторых случаях даже открытием рта; те же мимические движения, но в более резкой степени наблюдаются при страхе и особенно при ужасе, овладевающем человеком; брови при этом поднимаются кверху, неподвижность сопровождается задержкой дыхания. Развивается усиленное сердцебиение; бледность кожных покровов, которые могут в то же время покрываться потом; волосы поднимаются дыбом (действие сократившихся т. т. erectores), дыхание вслед за остановкой учащается, мышцы дрожат, во рту пересыхает, голос становится прерывистым, сиплым, даже пропадает; глаза направлены неподвижно на предмет, вызвавший страх, зрачки расширяются; раздается пронзительный крик. Аффект ужаса может сопровождаться расслаблением сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, что приводит к непроизвольному мочеиспусканию и испражнению; это явление наблюдается, как у человека, так и у животных. Неподвижное положение, вызванное ужасом, может привести к общему расслаблению поперечно-полосатой мускулатуры, и человек остается на месте, в других же случаях состояние неподвижности сменяется неудержимым бегством в т. наз. паническом ужасе. Выражения "оцепенеть" или "остолбенеть" от страха хорошо характеризуют положение подвергнувшегося этому аффекту. Превращение жены Лота в соляной столб от ужаса следует понимать в таком метафорическом смысле. Психическая деятельность тоже тормозится до полной остановки течения ассоциативных процессов, все ее содержание заполняется переживаемой эмоцией; выражения "мысль цепенеет" или "стынет" от ужаса совершенно точно передают это состояние. Внимание ослабляется, становится неустойчивым, процессы запоминания представляются резко угнетенными. Защитные движения верхних конечностей, как бы отталкивающих от себя предмет ужаса, дополняют описанную картину*).
Аффекты стыда и смущения выражаются прежде всего расширением сосудов лица, вызывающим более или менее резкое покраснение кожных покровов: на лице при этом могут выступать капли пота, равно как и конечности, особенно ладони рук, могут становиться влажными; краснеют уши, глаза, а в некоторых случаях ощущение жара испытывается и в коже туловища и конечностей. Смущенный, сконфуженный человек опускает глаза, иногда у него наблюдается учащенное мигание, он нередко отворачивается, глаза становятся влажными, даже появляются слезы. Речь смущенного несвязна, отрывочна, замечания его, которыми он хочет замаскировать свое смущение, большею частью совершенно неуместны, и нередко, сознавая это, он смущается еще сильнее. Жесты несогласованы, неуместны, излишни, неловки. Так, непривыкший к обществу человек, чувствуя себя очень несвободно, не знает, как сесть, куда деть свои руки,

потирает их без всякой надобности, принимает неестественную позу, краснеет и в некоторых случаях пытается прикрыть свое смущение излишней развязностью. Смущенному кажется, что он является центром внимания окружающих, и это обстоятельство ухудшает его самочувствие 225).

Мимические движения и жесты, сопровождающие различные аффективные состояния и являющиеся их выражением, носят название выразительных движений.

Можно было бы перечислить и описать еще не мало аффектов с их разнообразными оттенками, но это заняло бы слишком много места, не принеся в то же время существенной пользы нашему изложению, так как здесь приведены наиболее часто встречающиеся аффекты в их главных чертах.

Состояние дыхания и сосудов при различных аффектах различно не настолько, однако же, характерно определяется при помощи существующей методики исследования, чтобы по соответствующим кривым дыхания и пульса можно было во всех случаях определить характер источника их происхождения; преимущественно различаются кривыя противоположных, стенических и астенических состояний.

Стенический тип выражается повышенным об'емом сосудов, высокими пульсовыми волнами, сильными, ускоренными и частью неправильными дыхательными движениями; при аффекте удовольствия - пульсовые волны и самая кривая чертится выше, чем при аффекте неудовольствия, при котором кривая понижается. Нарушение, дыхания и пульса при испуге заметно на рис. 7**).

Wundt ***) находит, что плетисмографические и дыхательные кривыя аффектов представляют совершенно те же изменения, которые свойственны кривым, получающимся при обычных эмоциональных колебаниях. Он приводит ряд соответствующих кривых, из которых видно, что дыхательные и пульсовые кривыя, полученные при чувствованиях приятных, отличаются от полученных при противоположных состояниях: в первом случае самая кривая пульса и отдельные волны ее выше и отчетливее, при неприятных же чувство-

*) Из новейших работ об аффекте испуга можно указать на экспериментальное исследование Срезневского 224).

**) Wundt, 1. с. 219). Чувства и аффекты. Вып. V, стр. 264-272.

***) Wundt, 1. с. 219). Чувства и аффекты. Вып. V, стр. 265.

ваниях кривая понижается, понижаются и отдельные волны; вторичные колебания выражены также менее рельефно. Справедливость требует, однако, заметить, что изменения кривых, отчетливо выступающие при сменах чувствований и настроений, далеко не столь характерно выражены при длительных состояниях; поэтому попытки установить распознавание чувственного тона по пульсовой кривой обычно оканчиваются неудачей, особенно, если дело идет о кривой, принадлежащей неизвестному лицу.

Из приведенного описания аффективных состояний, равно как и из об'ективно отмеченных при различных аффектах изменений кровообращения и дыхания вытекает с несомненностью, что при аффектах наблюдается изменение иннервации мышц произвольного движения, поперечно-полосатых мышц и мышц непроизвольного движения, гладких, заложенных во внутренних органах и в сосудистых стенках; несомненно и изменение просвета сосудов в сто-

Рис. 7. Кривая дыхания и пульса во время испуга, по Lehmann'у. D - Кривая дыхания. П - кривая пульса, а - момент испуга.

рону расширения или в сторону сужения. Эти признаки, связанные теснейшим образом с аффективными состояниями, были хорошо подмечены и оценены приблизительно одновременно знаменитым американским психологом James'ом и проф. Lange в Kopenhagen'е; будучи положены в основу классификации и учения о происхождении аффектов, они послужили к созданию теории аффектов, которую правильно называть теорией James-Lange, связывая ее с именем обоих психологов, хотя более подробная и обстоятельная разработка ее принадлежит Lange.

James полагает, что распространенное представление о происхождении и порядке развития аффектов неправильно: принято думать, что впечатление, полученное от определенного об'екта, вызывает аффект, который в свою очередь имеет своим последствием тот или иной комплекс физических, телесных проявлений. James полагает, что явления развиваются иначе; телесное изменение следует непосредственно за восприятием вызвавшего его факта, и сознавание этого изменения в то время, как оно совершается, и есть эмоция; иными словами: прежде всего происходит впечатление, обусловленное тем или иным раздражителем, которое и вызывает комплекс физических проявлений, развитие которого и сопровождается или имеет своим последствием аффективное состояние. Принято передавать события в таком порядке: мы огорчены и плачем, мы испугались и бежали, мы рассержены и наносим удар; James располагает события в обратном порядке, в иной причинной связи: мы опечалены, потому что плачем, рассержены, потому что бьем другого, боимся, потому что дрожим и т. д. Доказательства справедливости своей гипотезы James видит в следующем: если бы телесные проявления не следовали немедленно за восприятием, оно оставалось бы чисто познавательным актом, не сопровождаясь чувственными переживаниями: далее, физический комплекс предшествует развитию эмоции, что видно из повседневного наблюдения, напр., читая драму, мы замечаем, что по нашему телу неожиданно пробегает дрожь и из глаз льются слезы; если во время прогулки по лесу мы замечаем что-то темное, движущееся, - сердце замирает, дыхание задерживается, хотя сознание опасности еще отсутствует; самое же существенное доказательство дает патология душевной жизни, а именно, те случаи душевных заболеваний, когда при отсутствии внешнего повода для развития

эмоционального состояния тяжелый аффект тоски или страха развивается в прямой причинной зависимости от болезненного физического комплекса, напр., при т. наз. меланхолических состояниях. Развитие эмоции сопровождается ощущением физических перемен, происходящих в нашем теле. Наконец, говорит James, если представить себе какую-нибудь сильную эмоцию и попытаться мысленно вычитать из этого состояния нашего сознания одно за другим все ощущения связанных с ним телесных симптомов, то в конце концов от данной эмоции не останется ничего, кроме холодного, безразличного состояния чисто интеллектуального восприятия. Если устранить из сознания ощущения, связанные со смехом, то от эмоции смешного ничего не останется. Если из эмоции страха устранить ощущения, связанные с усиленным сердцебиением, коротким дыханием, дрожанием, расслаблением членов и др., то и самая эмоция страха исчезнет. Раз, таким образом, развитие эмоции об'ясняется, как следствие более или менее сложного рефлекторного акта, становится вполне понятным и громадное разнообразие эмоций, связанных с чрезвычайно разнообразными рефлекторными актами.

James подтверждает справедливость своей гипотезы еще тем соображением, что, вызывая при спокойном настроении внешние проявления той или другой эмоции, можно вызвать и пережить и самую эмоцию; так, бегство усиливает чувство страха, рыдание усиливает чувство горя; стоит дать долю внешним проявлениям гнева, и гнев усиливается, но стоит в самом начале вспышки гнева сосчитать до десяти - и гнев исчезнет*).

Lange весьма близок James'у в своих рассуждениях; он также начинает изложение своей гипотезы с заявления, что на выразительные движения и вообще телесные явления при эмоциях, главным образом, обращалось внимание, как на нечто второстепенное, как на следствие аффективных состояний. На этих-то физических явлениях при аффектах Lange и сосредоточивает внимание, подробно описывая их при ряде аффектов, как печаль, тоска, радость, испуг, гнев, неистовство, смущение, напряжение или нетерпение, разочарование. Анализируя физические явления при указанных аффектах, Lange разделяет их на две группы: в одной из них, к которой принадле-

*) James, 1. с. 221), стр. 308-322.

жат разочарование, печаль, испуг и смущение, наблюдается ослабление произвольной иннервации мышц, а в другой группе, к которой относятся нетерпение, радость, гнев, наблюдается обратное явление в форме усиления произвольной иннервации. При печали и испуге отмечено развитие сужения сосудов, а при радости и гневе расширение; при смущении и гневе расстройство координации; при нетерпении и испуге - спазм органических мышц (Ганимед в когтях орла на картине Рембрандта). Таким образом, Lange дает ряд комбинаций телесных явлений при ряде аффектов, лучше всего воспринимаемых в следующей схеме:

Lange полагает, что эмоциональные явления обусловливаются характеризованными им расстройствами сосудистой иннервации, которые и представляют единственный первичный симптом эмоций; эти сосудистые изменения не ограничиваются периферическими, кожными сосудами, но распространяются и на сосуды органов тела; в частности, изменение кровенаполнения сосудов мозга подтверждено рядом авторов (Mosso191) и др.); изменение функции сосудодвигательного аппарата при различных аффектах различно. В каждом аффекте имеется два фактора: чувственное впечатление и сосудодвигательные изменения с другими физическими изменениями; "при всяком душевном движении наблюдается совершенно ясное ощущение особого изменения в душе, совершенно независящего от всего телесного" - так думает большинство, но если, напр., у испуганного отнять телесные признаки испуга, а именно, заставить биться спокойно его пульс, сделать окраску нормальной, движения быстрыми и твердыми, речь энергичной, мысли ясными - что же останется, от его страха? Вся диэтетика, весь образ нашей жизни сложился с целью благоприятствовать стеническим аффектам, смягчая астенические, угнетающие; "вино веселит сердце человека", покоряя тоску и страх; аналогичное влияние, в смысле вызывания аффектов, присуще и другим химическим и фармацевтическим препаратам: так, гашиш вызывает радостное настроение до взрывов разнузданной веселости, рвотный корень вызывает состояние угнетения, сходное со страхом и тоскою и т. д., струя холодной воды подавляет гнев - все эти об'екты действуют на тело, а не на душу об'екта. Общая терминология для душевной и телесной боли, содрогания, также устанавливает связь между аффектами и их физическими причинами. Наконец, развитие аффектов при патологических условиях, без внешнего повода, зависящее нередко от нарушения обмена веществ, неправильностей пищеварения, внезапного прилива к мозгу, и прекращающееся под влиянием рациональной терапии, разве не опровергает справедливости вышеприведенного мнения большинства? Эмоция, вызванная внезапным сильным треском, не связанная при своем возникновении с представлением опасности, разве не есть настоящая эмоция испуга?

Влияние причин, вызывающих аффекты, сводится к их влиянию на сосудо-двигательный центр.

Аффекты и эмоции часто развиваются не под влиянием непосредственного чувственного впечатления, а более сложным психическим путем, напр., в связи с воспоминанием; тем не менее первоначальный источник изменения настроения или развития аффективного состояния лежит и в этих случаях в раньше бывшем раздражении органов чувств. Ребенок кричит при виде ложки, с которой ему давали противное на вкус лекарство - отчего он кричит? Каждый раз, когда ребенку давали лекарство, он испытывал противный вкус одновременно с зрительным впечатлением от ложки; вкусовое впечатление каждый раз передавалось сосудодвигательному центру, а так как оно возникло вместе с зрительным образом ложки, то и зрительный центр, в котором запечатлелся образ ложки, в свою очередь, получил влияние на сосудодвигательный центр и обнаруживает это влияние при возобновлении впечатления от ложки, хотя бы даже это впечатление

освежалось воспоминанием, а не реальным образом ложки. Таким же, но еще более усложненным путем об'ясняется, почему человек дрожит при угрозе заряженным револьвером, хотя заряженный револьвер по своему внешнему виду совершенно не отличается от незаряженного. Разнообразие видов и оттенков эмоций и аффектов и их суб'ектииных различий обусловливается количественным и качественным разнообразием сосудистых реакций и их индивидуальным характером у различных людей. Это разнообразие и должно привлекать внимание исследователей.
Чем культурнее человек, чем выше культура нации, тем сложнее условия развития эмоциональных состояний и наоробот - чем ниже по степени культуры, как индивидуумы, так и целые народы, тем они более подвластны аффектам226).
Гипотеза James'а и гипотеза Lange приведены обе подробно с намерением показать их общность, местами даже в мелочных подробностях; обе гипотезы представляют в сущности развитие одних и тех же мыслей и поэтому вполне справедливо об'единяются названием гипотезы James-La nge.
Посмотрим теперь, насколько изложенная гипотеза приемлема, насколько она находится в соответствии с современными научными воззрениями.
Гипотеза James-Lange принимается далеко не всеми психологами; главное возражение против нее заключается в том, что аффект признается первичным моментом, а сосудистые и другие изменения, его сопровождающие, вторичными. Это возражение вряд ли можно считать достаточно обоснованным: повидимому, оно в значительной степени проистекает из недоразумения, так как, говоря об аффективных состояниях, обычно подразумевают аффекты весьма сложного происхождения; если же взять эмоции, обусловленные простыми факторами, влияющими непосредственно на органы чувств, как, напр., отрицательный нервно-психический тон, вызванный болевым раздражением, то об'яснить его развитие при помощи рассматриваемой гипотезы уже значительно легче. Комплексы физических реакций усложняются и развиваются путем жизненного опыта, и ряд впечатлений, сопровождаясь различного рода возникающими ассоциациями, имеет своим последствием разнообразные сосудистые и другие физические реакции; развитие и закрепление вырабатываемых условных рефлексов, конечно, должно иметь в этом процессе весьма существенное значение. Пример ребенка, плачущего при виде ложки, из которой ему давали горькое лекарство, как раз об'ясняется с точки зрения условных рефлексов. Аффект испуга при виде медведя на свободе и отсутствие испуга при виде медведя в клетке зоологического сада с точки зрения гипотезы об'ясняется тем, что представление медведя в сочетании с представлением о надежной защите в виде клетки не вызывает физической реакции, развивающейся без этого сочетания.
В самом начале психологического введения было выставлено положение, что психические процессы имеют физический субстрат; поэтому попытку James-Lange установить этот субстрат для эмоции можно только приветствовать. Конечно, эта попытка весьма несовершенна, но авторы встали на правильный путь для разрешения вопроса.
Существенное возражение Lange делает Storring, и с справедливостью этого возражения нельзя не согласиться. На основании приводимых Lange соображений вполне логично заключить, что причиною аффектов являются телесные изменения, но неправильно было заключить, что аффекты всецело сводятся к ощущению этих, изменений. По Storring'у *) отличительный характер аффектов определяется психическими последствиями телесных изменений, т. е., ощущениями и чувствованиями, вызванными органическими изменениями.
Аффект есть суб'ективное последствие сочетательно-сосудистой и сочетательно-мышечной реакции на внешние или внутренние раздражители
Это исправление Storring'а только улучшает гипотезу James-Lange. Горячим защитником гипотезы является также Ribot**), который старается вывести из нее эмоции, развитие которых связано с высшими чувствованиями. В самом деле, когда глаз наш плавно скользит, прослеживая очертания, напр., архитектурного произведения, части которого взаимно пропорциональны и расположены симметрично, движения глаза легки, приятны, эстетическое, чувство удовлетворяется; если же плавное движение глаза нарушается резко, благодаря встретившемуся на его пути крупному, неправильному, ассиметричному выступу, развивается ощущение неловкости движения, нарушающее приятное впечатление от предмета, - эстетическое чувство оскорбляется. То же самое получается при взгляде на картину с неудачным сочетанием красок. Фальшивая нота скрипки, режущая наше ухо, нарушая колебания кортиева органа, вызывает ощущение, близкое к болевому и, конечно, нарушает приятное настроение, создавшееся предшествующей игрой. Другие высшие чувствования также развиваются из простейших элементов***).
Стремление дать развитию эмоций физиологическое основание появилось значительно раньше James и Lange; одна из гипотез в этом направлении, признаваемая весьма удачной, принадлежит Meynert'у ****) По этой гипотезе функциональная артериальная гиперемия, доставляющая усиленный приток кислорода корковым клеткам и поднимающая их питание, влечет за собой апноэтическое состояние корковых клеток, суб'ективно выражающееся чувством счастья; понижение питания клеток, наступающее, как результат уменьшения притока кислорода при сужении артерий, вызывает диспноэтическое состояние клеток, воспринимаемое суб'ективно, как недостаток радостного чувства, как пониженное настроение.
*) Storring, 1. с. 109), стр. 13-17.
**) Ribot, 1. с. 220), стр. 90-108.
***) Wundt, 1. с. 219). Чувства и аффекты. Вып. V, стр. 225.

****) Meynert, 1. c. 189), стр. 5-7.
Таким образом, в основе стенических аффектов, по Meynert'y, лежит артериальная гиперемия корковых областей, а в основе астенических аффектов - анемия.
Справедливость гипотезы Meynert'a доказать трудно, но еще труднее ее опровергнуть; как гипотеза осторожная, дающая лишь направление дальнейшим исследованиям, она может быть признана удачной, на что указывают некоторые авторы*). К недостаткам же всех приведенных гипотез следует отнести одно важное упущение, которое, впрочем, нельзя поставить в вину авторам, так как работы в этом направлении появились позднее: это отсутствие каких бы то ни было указаний на роль продуктов внутренней секреции, которые имеют немаловажное значение для психической деятельности вообще, а, в частности, в возникновении и развитии эмоций.
Следующий шаг в этом направлении сделал Cannon226a). Посредством экспериментальных исследований на животных ему удалось установить известную связь между аффективными состояниями и усилением деятельности органов внутренней секреции. Эта связь устанавливается посредством автономной, симпатической нервной системы. При аффективных состояниях в крови появляется увеличенное количество адреналина и сахара. Аффекты, являясь последствием высокой степени возбуждения центральной нервной системы, связаны с нарушением правильной симпатической иннервации и расстройством равновесия внутренних органов до функции слезных желез включительно. По мнению Cannon'a, нарушения функции внутренних органов лишь содействуют развитию эмоционального комплекса. Crile226), также исследовавший некоторые аффекты у животных (кролики, собаки), пришел к заключению, что те процессы, которые развиваются в организме в аффективных состояниях, особенно при аффекте страха, гнева, могут найти разрешение в движении, к которому они и подготовляют организм, стимулируя его локомоторную систему; находящийся в аффекте организм он сравнивает с автомобилем на холостом ходу - бензин потребляется, машина работает, дрожит, но не двигается, между тем, достаточно одного поворота рычага, чтобы привести машину в движение, перевести потенциальную энергию в кинетическую. Заслуживает внимания, что Crile'ю удалось отметить в центральной нервной системе (в полушариях головного мозга, в мозжечке, в продолговатом и спинном мозгу) кроликов, у которых вызывалось бегство под влиянием испуга, некоторые анатомические изменения, выражавшиеся, главным образом, в количественном распределении хроматофильного вещества в ганглиозных клетках.
*) Корсаков227), т. I, стр. 73-75. 126

XIII.

Воля и волевые акты. Движение рефлекторное и волевое, течение того и другого акта, волевой акт, волевое усилие, сравнение рефлекторного и волевого движения. Действие, поступок, инстинктивные и импульсивные действия; вспомогательные движения; автоматические движения. Представления и эмоции, как источник движения. Побуждение, влечение, стремление, желание, хотение, намерение, потребность, страсть. Решение и двигательное представление; выбор; обдумывание, колебания. Констелляция. Личность. Мотивы поступков и их оценка. Чувство усилия воли. Свободная воля и условия суб'ективной оценки ее, как таковой; свобода воли — лишь суб'ективно-психологическое понятие. Личные реакции. Внутренние и внешние волевые акты. Идеомоторные движения. Внимание, сосредоточение; пассивное и активное внимание. Интерес. Условия активного характера внимания. Устойчивость внимания, рассеянность. Произвольное мышление.

Человек мыслит, чувствует и действует. Действия человека принято связывать с особой способностью, получившей название воли: определять понятие воли детальным образом вряд ли полезно для наших целей, — для нас существенно важно не определение этого понятия, а рассмотрение тех процессов душевной жизни, которые характеризуются термином волевых актов.

Внешним выражением волевого акта является движение; не всякое, однако, движение может быть отнесено к волевым актам: внешнее раздражение, вызывающее движение, как рефлекторный акт, не вызывает акта волевого; напр., отдергивание ноги при щекотании подошвы не относится к числу волевых процессов; между тем, обратное положение, — отсутствие рефлекторного движения вслед за раздражением, обычно вызывающим это движение у здорового человека, точнее сказать, задержка двигательного рефлекса, напр., сохранение неподвижного положения нижней конечности при щекотании подошвы, — несомненно представляется одним из ярких проявлений волевой деятельности: нужна значительная сила воли, чтобы задержать готовое развиться рефлекторное движение.

Дуга рефлекторного движения состоит из центростремительного пути, передающего раздражение, точнее, свое возбужденное состояние, мозговым центрам и через них пути центробежному, двигательному, и из этого последнего, в связи с возбуждением которого и происходит двигательный разряд; возбуждение может передаваться и выше, достигая подкорковых центров и всетаки разрешаясь движением рефлекторного характера. В обоих указанных случаях процесс при нормальных условиях протекает гладко, без задержки: он не встречает препятствий к своему осуществлению ни в центростремительной части дуги, ни в части, передающей центростремительное возбуждение двигательному пути, ни в этом последнем. Нередко, однако, периферическое возбуждение, прежде чем оно разрешится рефлекторным движением, достигает корковых областей; чаще всего это случается, если раздражение не представляется неожиданным; тогда рефлекторное движение или осуществляется с более или менее значительной задержкой, с

опозданием, или двигательного разряда не происходит. Очевидно, что с переходом в корковую область, возбуждение, помимо удлинения пути, встречается с более сложными условиями передачи; оно встречается с условиями, не тормозящими его передачу, если пути, по которым оно передается, свободны, особенно, если они привыкли к передаче определенного раздражения; оно встречается, с другой стороны, с условиями, затрудняющими, задерживающими его передачу, если пути его следования заняты, если они возбуждены другим раздражением, если центр, который должен воспринять возбуждение центростремительных проводников, не свободен; возбуждение встречается с задерживающим его дальнейшую передачу тормазом, вследствие чего двигательное завершение его или задерживается, или совершенно не осуществляется (см. гл. X, рис. 6).

Физиологическому процессу, явившемуся тормазом осуществления двигательного разряда, соответствует известное психическое состояние, которое суб'ективно определяется, как волевой акт, волевое усилие.

Различие между рефлекторным актом и актом, связанным с участием волевого процесса, заключается в следующем: в первом случае движение произошло механически — было возбуждение нервного проводника, вызванное раздражением периферического воспринимающего аппарата; это возбуждение передалось спинно-мозговому центру и двигательному проводнику, в результате чего и осуществилось рефлекторное движение; психологически было воспринято характерное ощущение щекотания подошвы и комплекс ощущений, обусловленный осуществившимся рефлекторным движением; этот комплекс ощущений, состоящий из ощущений суставных, мышечных, кожных и частью зрительных, хотя последние имеют при рассматриваемом рефлекторном движении лишь случайный характер, ложится в основу еще более сложного комплекса, развивающегося и закрепляющегося в нашей памяти, в качестве двигательного представления. Во втором случае, — произошла ли двигательная реакция с опозданием, или она была совершенно заторможена, подавлена, — возбуждение, по центростремительному проводнику должно было дойти до корковых областей, где оно лишь задержалось, вызвав при этом, конечно, ряд попутных возбуждений, быть может даже совершенно затихло, или привело в возбужденное состояние и центры антагонистических мышц и даже направилось по центробежным путям в большей своей части к этим последним, вызвало их сокращение, и, таким образом, движение, аналогичное рефлекторному, не совершилось; если возбуждение, передавшееся антагонистам, оказалось сильнее, чем дошедшее до мышц, обусловливающих своим сокращением рассматриваемый двигательный рефлекс, то наблюдается движение противоположного характера, вызванное сокращением антагонистов, напр., вместо сгибания — разгибание. С психологической стороны во 2.-м случае рассматриваемый процесс также представляется гораздо сложнее, нежели в первом: если человек предупрежден о том, что он испытает щекотание подошвы, у него развивается ряд представлений, связанных со щекотанием, частью двигательных, основанных на предшествующем опыте; вместе с тем разовьется эмоциональное состояние с характером ожидания, а у впечатлительных к щекотке людей даже страх, сопровождающийся общим рефлекторным вздрагиванием при одной мысли о щекотании; возникает живое представление о двигательной реакции на щекотание и о противодействии этой реакции, возникает решение задержать движение, вместе с этим соответствующие группы антагонистов уже заранее слегка напрягаются: лишь только возникает ощущение щекотки, антагонисты напрягаются сильнее, противодействуя развитию рефлекторного движения. Суб'ективно — было произведено волевое усилие. Волевой акт начал сознаваться, как таковой, с момента принятия решения, как поступить при возникновении щекотного раздражения: очевидно, что сознание принятого решения связано с возникновением ясного представления о движении или комплексе движений, связанных с этим решением: движению предшествует сознаваемое представление, предшествует представление о цели движения; такое движение, возникающее при условии сознавания предшествующего ему и определяющего его представления, движение, направленное к известной сознаваемой цели, есть волевой акт; такое волевое движение носит название действия или поступка.

Выше упоминался термин волевое усилие или напряжение; это выражение знакомо и понятно каждому; лучше всего представление о волевом напряжении выясняется на рассматриваемом примере щекотного раздражения: здесь при задерживании рефлекторного движения требуется значительное усилие воли; это ощущение усилия или напряжения обусловлено ощущением более или менее значительного сокращения мышечных групп, принимающих участие в движении; без напряжения мышц не возникает чувства напряжения воли, напряжение мышц — важнейшее условие активности волевого акта, сообщающее характер активности волевому процессу.

Воля не может быть отождествляема с движением — рефлекторные движения не суть волевые акты (Semi Meyer[228*])). К волевым актам, которым присущ суб'ективный характер произвольности, не относятся и так называемые инстинктивные движения, развивающиеся в связи с прирожденной наклонностью и особенно подробно рассматриваемые в зоо-психологии; как на пример инстинкивных движений, можно указать на выразительные движения. Не будучи чистыми рефлексами и не представляя в то же время собой движений, которым предшествуют ясно сознаваемые представления о движении, инстинктивные движения одними авторами причисляются к числу волевых актов (Hoffding[**])), другие не считают их волевыми (Meumann[229***])). Такое противоречие понятно, если принять во внимание, что различные влечения,

---

[*]) S. Meyer, S. 77.

[**]) Hoffding, 1. c. [100]), стр. 298.

[***]) E. Meumann, S. 12.

связанные с инстинктами, нередко сопровождаются совершенно определенными целевыми представлениями. Инстинктивные действия называются еще импульсивными; им неприсуще сознание произвольности и активности, они носят пассивный характер.

Когда какое-нибудь более или менее сложное действие совершается с особенным старанием, то нередко возбуждение, обусловливающее движение, передается в центробежном направлении не только тем мышечным группам, сокращение которых необходимо для выполнения этого движения, но вследствие распространения возбуждения на более обширные корковые области, оно вызывает одновременно функцию и других мышечных групп; такая недостаточно дифференцированная иннервация очень часто наблюдается у детей, но иногда обнаруживается и у взрослых: напр., усердно выводя на бумаге буквы еще плохо повинующейся рукой, ребенок морщит лоб, двигает ногами, высовывает кончик языка; такое привычное высовывание языка при усердных занятиях изредка сохраняется и у взрослых. Подобные мимовольные движения носят название вспомогательных.

Кроме рассмотренных разновидностей движений или действий, выделяются еще так наз. автоматические*) движения, действия, акты; они носят характер целесообразно направленных волевых действий, возникают без непосредственных раздражений, как это свойственно рефлекторным движениям, но не сопровождаются в то же время ясно сознаваемыми целевыми представлениями, утрачивая таким образом характер произвольных движений; автоматические движения производятся как бы механически.

Рассмотрение волевого процесса было начато с анализа рефлекторного движения: источником рефлекторного акта является то или иное внешнее раздражение; как видно было из дальнейших рассуждений, при известных условиях внешнее раздражение может служить источником и для волевого акта; представляется, однако, несомненным, что такой источник волевого акта имеется на лицо далеко не во всех случаях; правда, наши поступки, движения, слова и речи обычно являются реакцией, ответом на различные раздражения органов чувств, но весьма часто наши движения и действия являются в качестве реакции на внутренние нервные возбуждения, связанные с возникновением и течением психических процессов. Отнюдь не воля, как особая способность, является primum movens в этих случаях; в основе лежит все тот же биологический физико-химический процесс, влияющий на центральную нервную систему таким образом, что она развивает деятельность, суб'ективно переживаемую нами в качестве психической. Развивающиеся в сознании ассоциативные процессы, мышление, сопровождаются возникновением представлений об уместности тех или иных поступков, и эти поступки совершаются; не каждое представление о движении, направленном к известной цели, имеет своим последствием движение; это представление должно быть достаточно живым и ярким**); по мнению Wundt'a***), психический процесс, приводящий к движению, должен носить эмоциональный, аффективный характер; по мнению Ziehen'a****), главное значение должно быть отведено ассоциативному процессу, так, как ассоциация может усилить или ослабить стремление к развитию движения, связывающееся со всеми ощущениями вообще; Ziehen обесценивает положительное значение эмоциональной реакции, отрицаемое некоторыми авторами (Meumann *****), повидимому, без достаточного основания; каждому известно, как замедляются и затрудняются двигательные реакции во время подавленного, тоскливого настроения, и как они облегчаются в противоположных состояниях — при настроении веселом, приподнятом.

Часть волевого процесса, которая предшествует внешнему его проявлению в виде движения или действия, психологически представляется весьма сложной и характеризуется различными терминами, выражающими различные оттенки этого процесса******). Таковы термины — побуждение, влечение, стремление, желание, хотение, намерение.

Побуждение подразумевает неясно сознаваемый характер мотивов, толкающих нас на совершение действия, которое, в случае своего осуществления, может относиться к инстинктивным действиям; действие не протекает с сознанием свободного его совершения, а процессу присущ пассивный оттенок. Влечение связано с ясно сознаваемой целью, к которой оно направлено, но психологический процесс также носит пассивный характер; когда влечение, овладевая сознанием человека, принимается им, как цель, которая предпочитается им по сравнению с другими, оно приобретает свойство активного стремления с присущим ему оттенком произвольности. Из этих побуждений видно, как инстинктивные акты могут переходить в чисто волевые, в основе развития которых они несомненно лежат. Термином желание обозначается волевой процесс, направленный на ясно сознаваемую цель, предпочитаемую другим возможностям, независимо от того, развилось желание из пассивного побуждения или влечения, или желаемое суб'ективно признается, как свободно, произвольно выбранная цель; желания обычно связаны с ясной эмоциональной окраской и не предполагают немедленного, более или менее близкого перехода в действие; напротив, желающий часто не действует, а ждет благоприятных обстоятельств для осуществления своего желания. Хотение также сопровождается чувством произвольного выбора и возникает в результате более или менее сложного

---

*) W. Wundt, 1. c. [219]). Волевые процессы. Вып. IX, стр. 311.
**) S. Meyer, 1. c. [228]), S. 96.
***) W. Wundt, 1 c. [219]). Волевые процессы. Вып. IX, стр. 282.
****) Ziehen, 1. c. [115]), стр. 27.
*****) Meumann, 1. c. [229]), S. 199.
******) Hoffding, 1. c. [100]), стр. 300—315 и у др.

ассоциативного процесса, который будет рассмотрен несколько ниже; решение действовать для достижения того, к чему мы стремимся, чего желаем, чего хотим, обозначается, как намерение.

Энергичные, непреодолимые влечения, основанные на раздражениях, исходящих из внутренних органов, носят название потребностей; сюда относится, напр., потребность к мочеиспусканию, испражнению, утолению голода, полового чувства и т. д. Влечения, связанные с более или менее ярко выраженной эмоциональной окраской, отличающиеся силой и принявшие хронический, привычный характер, называются страстями.

Совершению произвольного поступка предшествует принятое решение осуществить поступок; решение связано с целевым, двигательным представлением; представления, в связи с которыми осуществляются двигательные акты, не отличаются детальной точностью, они носят суммарный характер; ясной представляется цель, направление движения, самое же движение совершается механически, как автоматический акт*); это происходит благодаря удерживаемым в нашей памяти представлениям необходимых двигательных механизмов[230]), возникающим из продолжительного и поддерживаемого постоянным повторением опыта; важно дать импульс к началу движения, передать возбуждение автоматическому механизму, образовавшемуся в связи с возникавшими при определенных движениях суставными, кожно-мышечными и зрительными ощущениями, — в дальнейшем движение продолжается само собою. С каким трудом научается ребенок координировать движения, необходимые для ходьбы, для письма, для речи, — и как легко, чисто механически ходит, пишет и говорит взрослый человек! С каким трудом приучается ученик к движениям, необходимым для игры на рояле, скрипке и других музыкальных инструментах, и как легко все это выполняет виртуоз! Само собою понятно, что если бы у нас не было возможности пускать в ход автоматически работающий сложный двигательный аппарат, а каждой детали общего движения должно было бы предшествовать возникновение в нашем сознании особого представления, то большая часть всего количества движений и действий, совершаемых в течение дня, оказалась бы для нас недоступной.

Wernicke**) представляет волевой двигательный акт в виде схемы, состоящей из чувственного центра s, воспринимающего впечатление и передающего его по психосенсорному пути sA центру A, являющемуся источником дальнейшего, интрапсихического, ассоциативного процесса, распространяющегося по пути AZ; на этот пути происходят все ассоциации, необходимые для образования соответствующего двигательного представления в Z, откуда оно и переходит в осуществление по психомоторному пути Zm. Liepmann [230б]) [230в]) распространяет и детализирует схему Wernicke введением понятия о главном целевом представлении и о формуле движения. На пути AZ вырабатывается план движения или двигательная формула, состоящая из представления о главном движении, поступке, сопровождающемся целым рядом второстепенных; ясно сознается главное целевое представление, второстепенные же движения происходят б. ч. автоматически; напр., срывая розу, производят ряд движений, чтобы не уколоться шипами; виртуоз, исполняя пьесу, большую часть движений руками производит автоматически и т. д.

Решение произвести движение есть последний этап, предшествующий движению; оно является последним актом сложного ассоциативного процесса; решению предшествует выбор из двух, трех или большего числа представлений, с одним из которых и связывается решение. Решению предшествует борьба между различными представлениями, идеями, символизирующими об'екты наших желаний, хотений, влечений. Ассоциативный процесс занимает центральное место в этой борьбе, выражается в форме т. н. обдумывания; в этой борьбе всплывают на поверхность сознания то одни представления и идеи, то другие, вследствие чего до принятия определенного решения могут происходить колебания, сила и продолжительность которых обусловливается индивидуальными свойствами данного лица и условиями внешними и внутренними, при которых возникла борьба идей; борьбы может и не быть — прямо всплывает определенное решение — обусловившее его представление сразу заняло господствующее положение; б. м. этому способствовали и другие представления, не стоявшие с ним в противоречии; с другой стороны, борьба при известных условиях может быть настолько сильной, колебания настолько решительными, возникающие представления настолько не получают преобладающего значения, что реакции выбора и связанного с ним решения не наступает; в громадном же большинстве случаев одно из представлений приобретает перевес над другими, чем и осуществляется выбор и связанное с ним решение, определяющее направление действия.

Чем обусловливается, что у различных лиц в различных случаях в результате борьбы представлений и связанных с ними влечений получают преобладание те или иные представления? Это обусловливается совокупностью факторов, уже обозначенных однажды (см. гл. VIII) термином констелляции или условий сосредоточения, группирования представлений. Констелляция, с которой теснейшим образом связывается в каждом данном случае направление ассоциативного процесса, зависит от индивидуальных свойств и особенностей данного лица, своей совокупностью определяющих личность, от внешних условий места и времени и от внутренних переживаний, владеющих в данное время данным лицом. Напр., сытый человек проходит равнодушно мимо булочной, от окна которой не может оторваться голодный; тот же сытый остановится у соблазняющего его окна гастрономического магазина, но в другой раз, если у него есть какое-нибудь важное дело, он пройдет мимо того же магазина, не останавливаясь.

Привожу пример констелляции или группирования представлений, направляющих ход нашего мышления. Проходя мимо одной каменистой и опушенной лесом полянки в Финляндии, я каждый раз

---

*) Wundt, 1. с. [219]). Волевые процессы. Вып. IX, стр. 323.

**) Wernicke, 1. с. [25а]), стр. 10—19

вспоминал обширный заливной луг с извивавшейся по нему речкой в Казанской губ., при чем непременно вспоминал мельницу на этой речке; я долго не мог понять, отчего зависит такое сочетание, так как между той и другой местностью не было никакого сходства. Следующий случай выяснил дело: проходя однажды мимо полянки, я увидел бегавших по ней птиц, издававших характерные звуки; это были пигалицы, которых я в Финляндии никогда не видел, а вообще в первый раз увидел именно в Казанской губ. на речке возле мельницы; я вспомнил, что раньше, проходя мимо полянки, я уже слышал этот крик, но совершенно не связал его происхождение с пигалицами, о существовании которых в этой местности не подозревал; этот крик и вызвал представление о речке вследствие установившейся ранее группировки представлений, разгадку которой я получил позднее, лишь через несколько лет после установления ассоциативной связи между финляндской полянкой и заливным лугом в Казанской губернии.

Большое значение в поступках человека имеет его личность. Психический склад, характеризующий личность, бывает часто выражен настолько отчетливо, что, зная его, возможно бывает предсказать отношение его обладателя к тому или иному явлению; возможным оказывается заранее определить, как поступит данное лицо в том или другом случае. Такое знание основывается на знакомстве с данным лицом, основанном на предшествующем опыте, на знакомстве с поступками данного лица в различных случаях его жизни. Напр., относительно одного человека можно сказать, что это человек безусловно порядочный, человек долга, ему может быть поручено ответственное дело, ему могут быть доверены большие общественные суммы без опасения за их целость, — он скорее погибнет, чем истратит то, что ему не принадлежит; относительно другого человека возникает сомнение, так как свойства его личности не настолько определенны, как в предшествующем случае: не удается предвидеть заранее его поведения в ответственные моменты его жизни; наконец, в третьем случае вопрос разрешается определенно в отрицательном направлении, сразу, напр., становится ясным, что данному лицу нельзя доверить чужой копейки, что она будет растрачена при первом же случае.

Различное поведение людей в приведенных примерах обусловливается различными уровнями их этических, моральных, нравственных понятий; в первом случае этот уровень высок, во втором он легко колеблется, в третьем он развит слабо; в первом случае этические ассоциативно-эмоциональные комплексы укрепились настолько прочно, что легко берут перевес, в случае возникновения представлений противоположного свойства, во втором случае перевес этот достигается с большим трудом, он может и не получиться, а в третьем — его совсем не получается.

Те представления и идеи, которые вступают в сочетания при выборе решения и соответствующего поведения в различных случаях, называются основаниям и или мотивами действия, поступков. Сознательные, волевые акты имеют свои мотивы.

Мотивы принято классифицировать, исходя из этических принципов. Детальная классификация представляется весьма трудной по своей сложности, как всякая классификация, связанная с эмоциональными элементами, да и вряд ли она особенно необходима и полезна для дела; поэтому совершенно правильно поступает Meumann*), дающий лишь общие основания для классификации мотивов действий. Эти мотивы разделяются на две обширные группы: первая группа включает мотивы, связанные с интересами личности, вторая — с интересами общества; первая группа включает мотивы личные, вторая — безличные, эгоистические и альтруистические. Каждая из этих групп мотивов может делиться на ряд подгрупп, выделенных на основании менее и более высокого качества лежащих в основе их мотивов, напр., на основании отношения их к низшим и высшим чувствованиям. При оценке мотивов поступков можно до известной степени пользоваться классификацией, предлагаемой Mercier и рекомендуемой Ribot*). К первой подгруппе можно отнести мотивы, вытекающие из чувства самосохранения и сохранения организма, мотивы пользы и вреда организма, мотивы, направленные к удовлетворению низших чувствований—голода, жажды, полового чувства и др.; выше стоят мотивы интеллектуального свойства — любознательности, интереса к знанию; мотивы пользы и вреда для другого человека, общественной группы, стоят выше тех же мотивов, направленных на собственную личность; но и в этой подгруппе может быть, как и во всякой другой, целый ряд градаций, так, напр., мотивы пользы и вреда, диктуемые чувствами отцовскими, материнскими, сыновними, занимают низшую ступень по сравнению с теми же мотивами поступков, имеющих своим об'ектом постороннего человека; напр., решиться броситься в воду и оказать помощь утопающему сыну легче, нежели броситься в воду для спасения постороннего человека. Мотивы желания блага обществу выше мотивов желания блага одному человеку. Выше всего стоят мотивы, приводящие к борьбе за идею, напр., мотивы патриотические, моральные, интеллектуальные (Сусанин, Архимед, Галилей).

Качеством мотивов поступков определяется этический уровень личности, обусловливается красота личности; согласованностью мотивов, решений и поступков определяется цельность личности; мало хорошо и красиво говорить, больше — хорошо чувствовать, всего выше — хорошо действовать.

Наши поступки нередко сопровождаются т. наз. чувством волевого усилия или напряжения; выше уже было сказано, что возникновение этого чувства находится в теснейшей зависимости от сокращений мускулатуры, обусловливающих соответствующие движения; эти сокращения наблюдаются не только при движении одного или группы членов нашего тела, Напр., при ходьбе, при вставании с удобного кресла и т.

---

*) Meumann, 1. с. [229]), стр. 204.

*) Ribot, 1. с. [220]), стр. 127.

под.; они наблюдаются также, напр., при сосредоточенном обдумывании какого-нибудь вопроса, при воспоминании чего-нибудь, ускользающего из нашего сознания; в этих случаях почти неизбежно появляются сокращения мимических мышц лица, преимущественно, лобных мышц, часто не замечаемые нами самими; однако, эти сокращения обусловливают чувство усилия, — если сокращенные мышцы расслабляются, как это бывает, напр., в тот момент, когда вспоминаемое слово выплывает в нашем сознании, чувство усилия и напряжения тотчас исчезает, сменяясь чувством облегчения; также резко ослабевает чувство усилия, если, продолжая процесс воспоминания, вызвать в то же время расслабление сокращенных мышц. Весьма вероятно, что чувство усилия находится еще в связи с теми процессами, происходящими в центральной нервной системе, которые обусловливают душевную деятельность, особенно в связи с изменениями в системе черепно-мозгового кровообращения**).

Волевой акт получает свое осуществление в форме того или другого поступка в связи с установившимся решением; самое решение обусловлено тем ассоциативно-эмоциональным комплексом, который одержал перевес в предшествующей борьбе мотивов. Однако, мы испытываем такое впечатление, что мы сами решаемся на определенный поступок, мы сами выбираем направление своей деятельности, она обусловливается нашим желанием, ее применение зависит от нашего желания, наши поступки являются результатом нашего свободного выбора и решения — таковы суб'ективно-психологические переживания, сопровождающие нашу волевую деятельность. Нисколько не удивительно, если из только-что приведенных оснований вытекает представление о свободе воли, решаемое в положительную сторону.

Представляются ли, однако, все эти соображения действительно достаточными для такого заключения? Действительно ли волевые акты так свободны, протекают с таким характером произвольности, как это может казаться при суб'ективной их оценке?

Нельзя не согласиться с Оршанским [231]), подкрепляющим свои соображения о свободе воли словами Wundt'a, что от нашего сознания скрыты все истинные мотивы и весь механизм того процесса, который приводит к известному решению, голос самосознания нас обманывает и дает нам ложное сознание нашей цельной личной ответственности. Эти слова Wundt'a прекрасно оценивают, иллюзорность представления о свободе воли.

Действительно, первое ограничение представления о свободе воли дается установлением положения о головном мозге, как субстрате душевной деятельности; психические функции связаны с определенным анатомо-физиологическим субстратом, связаны его структурой вообще и индивидуальными особенностями в частности.

Выбор и решение определяются уже разобранными выше условиями констелляции или группирования представлений и их комплексов, борьбой мотивов, в которой по условиям констелляции получает перевес мотив, определяющий данное решение; представление произвольности, по мнению Wundt'a*), обусловливается выбором между разными мотивами, связанным с многообразием волевых побуждений, вызываемых этими мотивами. С внешним действием, осуществляющимся в направлении получившего перевес мотива, и связывается чувство произвольно, свободно принятого и осуществленного решения. Большое значение имеет привычка к определенным поступкам, связанным с привычными решениями; известный привычный ход ассоциаций представляется одним из существенных условий констелляции. Не меньшее значение принадлежит, конечно, и воспитанию, прививающему с детства определенные ассоциативно-эмоциональные комплексы, приобретающие характер привычных. Очень существенным условием является среда, обстановка, в которой протекает действие; она нередко буквально диктует условие поведения данного лица и, конечно, грубо противоречит представлению о свободе воли. Чувство произвольности наших поступков, свободного выбора, обусловливается особенно отнесением процессов выбора, решения, поступка к собственной личности, к тому комплексу представлений, который известен под названием нашего Я. Произвольный характер сообщает поступкам эмоциональная окраска (Ziehen**); наконец, совершенно основательно обращают внимание Munsterberg ***) и Ziehen ****); что характер произвольности или свободы сообщается данному движению тем, что ему предшествует представление об этом движении; если мы хотим произвести движение, значит у нас имеется представление об этом движении, которое ему предшествует.

Итак, после приведенных соображений нельзя говорить о свободе воли, решая вопрос положительно; следует признать, что чувство свободы решений и поступков есть суб'ективно-психологическое переживание, равно как и самое понятие воли является понятием суб'ективно-психологическим.

Если воля признается несвободной, то какое же логическое основание имеется для наказания? Во-первых, это основание заключается в том, чтобы установлением неприятных ассоциаций, связанных с известными поступками, как возможное их последствие, удержать от их совершения; во-вторых, — в том, чтобы оградить и защитить общество от его антисоциальных элементов. Было бы логически правильно, если бы наказание преследовало принцип воспитательный; если бы в нем даны были условия прививания в сознание лиц, ему подвергающихся, таких эмоционально-ассоциативных комплексов, которые

**) Weber, 1. с. [197]). James 1. с. 221), стр. 312.

*) Wundt, 1. с. [219]). Волевые процессы. Вып. IX, стр. 363.

**) Ziehen, 1. с. [115]), стр. 27.

***) Munsterberg, 1. с. [117]), S, 355.

****) Ziehen, 1. с. [115]), стр. 330.

впоследствии, имея важное значение в процессе констелляции, способствовали бы при борьбе мотивов перевесу тех мотивов, которые, будучи связаны с поступками, не вступали бы в конфликт с установившимися этическими понятиями. Этот взгляд в настоящее время воспринят русским революционным законодательством и постепенно проводится в жизнь.

Ribot[232]) и Бехтерев[*****]), отрешаясь по возможности от суб'ективно-психологических переживаний, предлагают для волевых движений термин личных реакций, личных движений. Этот термин имеет известные преимущества, особенно потому, что заменяет термин “воля”, связанный с большим количеством опорных представлений.

Движения и действия, являющиеся завершением волевого процесса, представляются его внешним выражением; этому внешнему выражению предшествует, как видно из всего вышеизложенного, ряд более или менее сложных психических процессов, как возникновение мотива или мотивов, борьба мотивов, выбор и решение; эти этапы представляют психический процесс, скрытый от глаз наблюдателя, они составляют в своей совокупности содержание внутренней части волевого акта в целом; таким образом, волевые акты разделяются на внешние и внутренние. К внутренним волевым актам относится деятельность внимания и т. наз. произвольного мышления, направление внимания, управление течением представлений, являющегося непременным условием интеллектуальной деятельности. Некоторые психологи, напр., Ziehen [******]), внутреннюю часть волевого акта называют внутренним поступком, а двигательное проявление — внешним поступком.

Течение внутреннего волевого процесса нередко сопровождается рядом мышечных сокращений, небольшими движениями, т. наз. идеомоторными движениями. Движения, возникающие без борьбы мотивов, без процесса выбора, лишь в соответствии с одним господствующим мотивом, также иногда получают название идеомоторных движений; как на относящийся сюда пример, можно указать на импульсивные движения; привычные движения также могут носить идеомоторный характер.

Под вниманием подразумевается способность сосредоточения на каком-либо об'екте или группе об'ектов; состояние сосредоточенности может быть вызвано различного рода раздражителями, действующими на органы чувств извне, или раздражителями внутренними, напр., представлениями и другими психическими процессами, образами фантазии и воображения; не все впечатления, не все ощущения, переживаемые в данный момент, сознаются, как таковые; не все они проникают в область ясного сознания и становятся таким образом предметом нашего внимания, иначе говоря, не все они приобретают такую яркость, ясность, отчетливость, интенсивность, которые включили бы их в данный момент в центр нашей психической деятельности, сделав их об'ектом сосредоточения или внимания. Ebbinghaus выделяет следующие главные условия, наличность которых необходима для возбуждения внимания: известная сила возникающих впечатлений; возбуждение чувственного тона, особенно с характером удовольствия или неудовольствия: повторность и повторяемость впечатления; сходство нового впечатления с прежними, более ранними[*]). Не все впечатления становятся предметом нашего внимания суб’ективно одинаковым способом: одни привлекают внимание сами, напр., снег, упавший с крыши на нашем пути; на другие мы сами обращаем внимание, напр., размышляя о каком-нибудь интересующем нас вопросе. В первом случае принято говорить о пассивном внимании, а во втором об активном; выделение активного внимания обусловливается сопровождающим его развитие чувством активности, собственной деятельности, произвольного направления мышления на определенный, избранный нами об'ект, соответственно нашему желанию; при этом испытывается особое состояние напряжения, усилия воли, уже выше нами рассматривавшееся; особенно резко бывает выражено такое усилие в случаях старания вспомнить что-нибудь, в случаях старания найти решение трудной задачи и т. под.

Психологический анализ процесса активного внимания показывает, что чувство активности и произвольного направления внимания может быть допускаемо лишь как суб'ективно-психическая сторона явления. Анализ же явления обнаруживает следующее: не все представления и группы представлений, ассоциативные комплексы, для нас одинаково ценны; представление, приобретающее эмоциональную окраску, иначе, связанное с появлением некоторого чувственного тона, становится для нас небезразличным; развивается суб'ективная реакция, которая характеризуется выражением “интерес”; эта эмоциональная окраска, составляющая в связи с интенсивностью или отчетливостью представления и ассоциативными процессами факторы констелляции, и определяет направление внимания. При настойчивом воспоминании какого-нибудь слова, напр., чьей-нибудь фамилии, обладатель которой, а в связи с этим и самая фамилия его возбудили наш интерес, происходит весьма энергичная работа ассоциативного процесса, продолжающаяся до тех пор, пока скрытое представление не сделается явным и не будет признано соответствующим своему назначению. Свойство активности придается рассматриваемому процессу во-первых тем, что далеко не все текущие ассоциации сознаются нами, а во-вторых, тем чувством усилия или напряжения внимания, которым сопровождается это состояние.

Развитие чувства усилия, сопровождающего волевые процессы, было рассмотрено выше; то же происхождение из мышечных сокращений присуще ему и в данном случае; состояние сосредоточения

[*****]) Бехтерев, 1. с. [186]), стр. 612—622

[******]) Ziehen, 1. с. [165]), стр. 361.

[*]) H. Ebbinghaus, 1. с. [209]), S. 601—611.

сопровождается сокращениями мимических мышц, конвергенцией глазных яблоков, ушных мышц и нек. др., независимо от того, является ли об'ектом сосредоточения какой-нибудь внешний предмет или мысленный образ.

Таким образом, совокупность условий, имеющих место при развитии процессов т. наз. активного внимания, исключает представление о воле, как о первичной способности по отношению к внутренним волевым актам, подобно тому, как это было установлено и для внешних.

Степень или сила сосредоточения внимания претерпевает колебания — она то наростает, то ослабевает; внимание вообще является функцией колеблющейся, перемежающейся, длительное сосредоточение его возможно лишь при чередовании его напряжения и ослабления, при повторении возбуждающих его моментов; у различных людей эти колебания весьма различны; по Meumann'у[**]), высший тип внимания заключается, не только в способности сосредоточения (Konzentrationsfahigkeit), но в сочетании сосредоточения с устойчивостью внимания. Newton говорил, что свои величайшие открытия он произвел, благодаря исключительно развитой способности сосредоточения; знаменитый философ Leibnitz иногда спокойно просиживал в кресле целыми днями, будучи поглощен всецело какой-нибудь одной проблемой.

Чем на большее количество впечатлений направлено внимание, тем слабее оно по отношению к каждому из этих впечатлений. Понятно, что при сильном сосредоточении на чем-нибудь одном целый ряд впечатлений не доходит до ясного сознания, — человек как бы не замечает окружающего; при неспособности к продолжительному и равномерному сосредоточению, когда возникающие впечатления легко отвлекают колеблющееся внимание, получается состояние, известное под названием рассеянного внимания, рассеяния; внимание как бы скользит с предмета на предмет, не задерживаясь сколько-нибудь значительно ни на одном впечатлении.

Остановимся еще несколько на том психическом процессе, который сознается, как произвольное мышление[*]).

Значение первой важности в этом процессе принадлежит ясно представляемой цели мышления, облеченной в эмоциональную оболочку, т. е., имеющей для нас известный интерес; к этой цели и направляется наше мышление; наше внимание возбуждается этою целью, конечно, с небольшими колебаниями то в сторону усиления, то в сторону ослабления; возникающие при этом ассоциативные группировки и процесс выбора служат развитию нашего мышления; материалом для мышления служит психический запас представлений и идей, накопившийся в течение жизненного опыта; при этом весьма крупное значение в систематичности мышления принадлежит той группировке, в которой упомянутый запас был нами усвоен, как при усвоении его из опыта практической жизни, так и при обучении и связанных с ним различного рода упражнениях; умение пользоваться при этом уже установившимися, привычными ассоциативными путями, очень облегчает дело. Свойство нашего мышления, заключающееся в том, что при известной интенсивности внимания одни ряды ассоциаций как бы тянут за собою другие, Ziehen[**]) характеризует, как цепкость внимания. Характер произвольности мышления обусловливается во-первых, ясным сознаванием цели, к которой оно направлено, в связи с чувственным интересом, нами переживаемым; во-вторых — тем чувством усилия и напряжения с его колебаниями, которое сообщает характер активности процессам сосредоточения, а следовательно, и мышлению, произвольный характер которого немыслим без наличности переживания чувства активного, произвольного внимания.

XIV.

Сознание; его свойства. Условия проявления сознания. Несознаваемая душевная деятельность; ее значение; примеры и доказательства. Порог сознания и условия прохождения через него содержаний сознания. Термины для обозначения узнаваемого и несознаваемого. Апперцепция. Самосознание, сознание. Я, его развитие: органическая основа, личность, изменяемость личности, Я; мнение James'а о составе личности. Характер; учение о темпераментах. Классификация Ribot. Метод индуктивного определения характеров Лазуревого.

В течение предлагаемого изложения мы пользовались неоднократно выражениями сознание, сознательный; следует выяснить, что подразумевается под этими столь употребительными и распространенными терминами, что они обозначают. Однако, многочисленные попытки определить сознание точно и по существу нельзя признать удовлетворительными; по мнению Wundt'a[*]) это об'ясняется тем, что сознание, будучи неот'емлемым условием всякого опыта, не может быть в своей сущности непосредственно познано из этого опыта; функция же сознания заключается в том, что мы имеем возможность находить и действительно находим и отмечаем происходящие в нас психические процессы и состояния, что мы узнаем свои психические переживания, сознаем их, отдаем в них себе отчет. Наши психические процессы нельзя отделить от этого состояния сознательности, которое познается нами только в связи с этими процессами, составляющими содержание сознания. Понятно поэтому, что психология определяется некоторыми авторами (Munsterberg [**]), Lipps[***]) и др.), как наука о содержании сознания.

[**])Meumann, 1. с. [229]), S. 19-21. James, 1. с. [221]), стр. 215—219.
[*]) Meumann, 1. с. [229]), 8. 156. Wundt, 1. с. [219]). Вып. XVI. О течении и связи душевных процессов, стр. 424.
[**]) Ziehen , 1. с. [115]), стр. 595—597.
[*]) W. Wundt , 1. с.[219]). Вып. XVI. О течении и связи душевных процессов, стр. 371.
[**]) Н. Munsterberg, 1. с. [117]), S. 203.

Сознание характеризуется некоторыми свойствами: его содержание в каждый данный момент представляется ограниченным, — так как в нем заключается одновременно лишь некоторое число психических элементов, колеблющееся в количественном отношении в зависимости от индивидуальности и ряда суб'ективных условий, но не превышающее определенной величины; сознание имеет границы, известную емкость или об'ем. Этот об'ем не представляется большим, нескольких представлений оказывается достаточным для его заполнения; ниже мы еще вернемся к этому вопросу, выяснению которого в значительной степени способствовал эксперимент.

Другое чрезвычайно важное свойство сознания заключается в его единстве; это свойство выражается в том, что все содержания сознания относятся к одному общему, центральному пункту, сознаются, как ему принадлежащие, в нем об'единяются; этот центральный пункт — наше Я. Содержание сознания об'единяется в нашем Я не только по отношению к содержанию данного момента, но и те содержания, которые заполняли сознание в различное время, также принимаются, как принадлежащие нашему Я; Я различного времени представляется нам тождественным : таким образом, содержания сознания об'единяются отнесением к нашему Я не только по отношению к данному моменту, но и по отношению к прошлому, т. е., во временной последовательности. Единство сознания существует и во времени[****]).

Существует ряд условий, при которых обнаруживается наличность сознания; условия эти следующие: во-первых, для функции сознания, как и для психической деятельности вообще, необходима известная степень развития биологического субстрата, который дается в виде физико-химических процессов, протекающих в нашем организме и в особенности в центральной нервной системе[*****]). Во-вторых, самые психические процессы должны характеризоваться известной силой, яркостью и отчетливостью. В-третьих, необходимо возникновение впечатлений в связи с внешними и внутренними раздражениями органов чувств; этими впечатлениями питается наша душевная жизнь, отсутствие их существенно отражается на психической деятельности вообще и на сознании в частности; в литературе описан случай (Strumpell [236])), в котором прекращение раздражений из внешнего мира вызывало сон: дело шло о больном, обнаруживавшем явления полной общей анестезии тела, утрату зрения на один глаз и слуха на одно ухо; достаточно было закрыть зрячий глаз и заткнуть слышавшее ухо больного, чтобы он впал в сон. Для наличности сознания необходима деятельность внимания, необходимо, чтобы оно поддерживалось теми или другими впечатлениями: однообразие и монотонность впечатлений, утомляя внимание, притупляют вместе с тем и сознание, нередко вызывая сон; весьма распространенный пример такого влияния встречаем в ритмических толчках и звуках, испытываемых при езде в железнодорожных вагонах; эта ритмика несомненно влияет усыпляющим образом. Пятым весьма важным условием функции сознания является наличность процесса сочетания или ассоциации, протекающей по известным законам; без течения ассоциативного процесса не представляется возможным об'единение содержания сознания, не представляется возможным его единство, сочетание с Я; между тем, единство сознания есть одно из его основных свойств. Наконец, течение ассоциативного процесса, возникновение отдельных звеньев ассоциативной цепи, должно развиваться с определенной скоростью, хотя и колеблющейся в некоторых пределах, но не превышающей известных границ: чрезмерно большая скорость нарушает сознание, оно терпит ущерб и при замедленном течении ассоциаций; то и другое будет ясно видно при рассмотрении болезненных нарушений сознательной деятельности.

Далеко не вся наша душевная деятельность протекает так, что она сознается нами. Правда, можно говорить лишь о той душевной деятельности, которая сознается, и казалось бы нельзя говорить о том, что не сознается; однако, имеется целый ряд совершенно убедительных доказательств, что существует несознаваемая обширная область, заполненная обширным несознаваемым содержанием, и существует обширная несознаваемая душевная деятельность, душевная жизнь.

Из области несознаваемой душевной жизни представления и другие психические содержания вступают в область сознания, включаются в связь с заполняющими сознание содержаниями и через некоторое время снова уходят из сознания. Человек производит целый ряд автоматических актов, связанных с более или менее сложной душевной деятельностью, о наличности которой мы судим по внешним проявлениям, но которая не сознается; весьма значительное количество привычных действий протекает в такой обстановке, и вряд ли была бы возможна продуктивная душевная деятельность, если бы все наши действия должны были протекать при участии сознания; все двигательные процессы оказались бы замедленными до крайности, общие и широкие цели, руководящие нашей деятельностью, сменились бы мелочными и узкими; но здесь на помощь приходит упражнение: посредством упражнения, совершающегося при участии сознания, вырабатываются т. наз. автоматические центры или области, которые могут получать толчек к возбуждению своей деятельности сознательным путем, дальнейшее же развитие их деятельности происходит автоматически.

Сюда следует отнести, напр., такие акты, как ходьба, речь, письмо, чтение и т. под.[*]) Сколько

[***]) Lipps , 1. с. [99]), стр. 5.

[****]) Lipps , 1. с. [99]), стр. 8.

[*****]) Отчасти эти физико-химические условия душевной жизни рассматриваются в сочинении акад. В. М. Бехтерева “Психика и жизнь” [233]).

[*]) N. Ebbinghams, 1. c. [209]), S. 54.

сознаваемой душевной деятельности требуется от ребенка, когда он учится ходить, говорить, читать и писать! И как легко протекают все эти акты впоследствии. Однако, каждый может убедиться в их трудности — стоит лишь попытаться говорить или читать на каком-нибудь малознакомом иностранном языке, на котором самое произношение слов может оказаться крайне затруднительным, благодаря необходимости пользоваться новой, непривычной артикуляцией.

Ясно сознается то, что привлекает внимание, вызывает интерес; благодаря автоматичности чтения или письма представляется возможным, быстро пробегая страницу за страницей, усваивать содержание читаемого, или быстрым письмом излагать на бумаге свои мысли; при этом во время чтения обыкновенно пропускаются опечатки, а некоторые лица не могут избегнуть грамматических ошибок при скорописи. Обратно, при чтении корректуры, когда все внимание сосредоточено на правильности набора, на процессе чтения, который и заполняет сознание, смысл читаемого в значительной степени, а иногда и совершенно, ускользает от корректора.

Известны случаи, когда умственная работа, бесплодно производившаяся при ясном сознании, увенчивалась успехом, когда о ней переставали думать; напр., бесплодные усилия решить задачу, приводившие к отказу от ее решения, давали неожиданно правильное решение в то время, когда решавший задачу меньше всего о ней думал; в это время правильное решение как бы само собою всплывало в его сознании; очевидно, что в этом случае и других ему подобных психическая работа продолжалась, не будучи сознаваемой; бывали случаи, что такая умственная работа продолжалась во сне и приводила к успешному результату.

Замечательная работа знаменитых счетчиков; о которой говорилось в XI главе, в значительной степени производится автоматически, не будучи сознаваемой ее авторами, в сознании которых появляются преимущественно готовые результаты этой работы. Немало аналогичных приведенным примеров можно найти у Karpenter'a [234]). Несознаваемая душевная деятельность имеет важное значение в психопатологии, при изложении которой ей будет уделено надлежащее внимание.

Выше были указаны условия, необходимые для наличности сознания; если эти условия не выполнены, в большей или меньшей степени отсутствуют, отсутствует и сознаваемая психическая деятельность. Необходимое условие наличности сознания — объединение его содержания отнесением к Я; если единство сознания нарушено и указанного об'единения не происходит, то отсутствует и сознаваемая душевная деятельность, которая может протекать вне сознания, вне Я.

Сознание имеет известный об'ем; пример с чтением корректуры хорошо иллюстрирует ограниченность его емкости; оно имеет свои границы, отделяющие его от несознаваемой области душевной жизни; на границе сознания находится т. наз. порог сознания; для того, чтобы сделаться сознаваемыми, психические процессы должны приобрести те свойства, хотя бы в минимальной степени, которые позволяют им переступить этот порог; к этим свойствам особенно относятся ясность и отчетливость представлений и других психических содержаний, степень которых может колебаться в зависимости от условий констелляции.

Для обозначения сознаваемого и несознаваемого содержания душевной деятельности существует несколько выражений. Говорят о сознательной и бессознательной душевной жизни, о сознательной и подсознательной, внесознательной, о сфере частного и общего сознания, об области Я и вне Я; термин — бессознательный — нельзя признать удачным, так как им характеризуются и соматические состояния, при которых душевная жизнь отсутствует, как, напр. обморочные состояния; нами же рассматриваемая несознаваемая душевная жизнь имеет свое содержание и свои процессы, которые хотя и не сознаются нами, но о которых мы нередко можем судить по выразительным движениям и действиям. Поэтому мы считаем правильным, как делали и до сих пор, говорить о сознании или о сознаваемой душевной жизни, деятельности и о несознаваемой, или о сознаваемой и несознаваемой душевной области. Остальные термины также, конечно, могут применяться с достаточным основанием.

Область сознания можно сравнить с зрительным полем, содержащим впечатления различной яркости — мало отчетливые в периферии и наиболее отчетливые в центре. Для обозначения появления психических содержаний в центре сознания Wundt*) предлагает термин апперцепция; этот термин предложен еще Leibniz'ем, и различные авторы придавали ему различное значение, вплоть до признания апперцепции, как особой активной способности, направляющей психическую деятельность и переводящей психические содержания из области общего сознания (перцепции) в Область ясного, центрального сознания. Против такого понимания апперцепции мы уже высказывались (см. гл. VIII). Состояние апперцепции есть состояние сосредоточения внимания, понятием внимания покрывается понятие апперцепции, а Wundt сам признает, что внимание и апперцепция суть два выражения для одной и той же психологической сущности; мы полагаем поэтому, что термин и понятие апперцепции не имеет особых преимуществ, но при желании им можно пользоваться в указанном смысле; можно говорить и об активной и пассивной апперцепции так же, как мы говорим об активном и пассивном внимании, подразумевая при этом суб'ективное чувство деятельности, сопровождающее т. наз. активное внимание (resp. активную апперцепцию), и об'яснение происхождения которого было дано в предшествующей главе (см. гл. XIII).

Условия, необходимые для развития и сосредоточения внимания, необходимы и совершенно достаточны

---

*) W. Wundt, 1. с. [219]). Вып. XVI. О течении и связи душевных процессов, стр. 386—395—406.

для развития апперцепции. По остроумной характеристике Munsterberg'a**) "апперцепция не является самодержавным властителем душевной деятельности, но представляет просто название конституции, по которой самоуправляется психический народец". (Apperception ist dann nicht mehr ein autokratischer Herrscher, sondern ist einfach der Name fur die Konstitution, nach der das psychische Volkchen sich selbst regiert).

Выше было указано, что единство сознания обусловливается отнесением его содержания к нашему Я, к нашей личности, иными словами, к тому содержанию сознания, которое занимает в нем центральное, об'единяющее место; сознание своего Я характеризуется как самосознание.

Я возникает и развивается с раннего детского возраста; ребенок получает ряд впечатлений при посредстве своих органов чувств из внешнего мира и со стороны внутренних органов своего тела; постепенно он научается относить эти ощущения к своему телу, рассматривать, сознавать свое тело, как ему самому принадлежащее; в сознании возникает комплекс чувственных ощущений и представлений, представляющий в значительной степени постоянное содержание сознания, и являющийся началом нашего Я, органическим [235]) Я или, лучше, его органическою основою. Эта органическая основа с течением времени расширяется и дополняется присоединением к ней разнообразных более или менее постоянных психических содержаний интеллектуального и эмоционального характера, вырабатываются комплексы идей и чувствований, особенно высших (этическое чувство), которые становятся свойственными, присущими нашему Я, превращающемуся в личность с ее свойствами и особенностями, которые выражаются в ее поступках. Течение всей психической деятельности связывается нашим Я, с Я связываются и все волевые поступки и вообще вся волевая деятельность, особенно благодаря чувству усилия и напряженности, сообщающему ей характер активности, произвольности, и в то же время связывающему ее теснейшим образом с органической основой нашего Я. В широком смысле слова к Я относится весь комплекс наших привычных, присущих нам переживаний, начиная со свойственных нам, выработавшихся у нас взглядов, и кончая тем платьем, которое мы привыкли носить и в котором привыкли себя видеть и чувствовать; нарушение этих привычных комплексов нередко воспринимается нами, как нечто неприятное, тяжелое, болезненное.

Я и являющуюся выражением его личность нельзя понимать, как нечто абсолютно постоянное и незыблемое; это постоянство лишь относительно: тело растет, меняется, развивается, увядает, сообразно с этим изменяется и органическая основа личности; строго постоянным остается самый факт самосознания, сознание принадлежности тела и его ощущений нашему Я, но органическая основа Я ребенка, взрослого человека и старика, конечно, различны. Меняется и духовная личность человека: складываясь из данных опыта и будучи тесно связана со своей органической основой, она эволюционирует, совершенствуется, может регрессировать под влиянием различного рода неблагоприятных обстоятельств, в старости, под влиянием болезни. James*) предлагает делить Я на личность физическую, социальную и духовную; к первой принадлежит наше тело, платье, домашний очаг, семья; в основе второй лежит то мнение о нас, которое образовалось в окружающем нас обществе и вызвало в нас соответствующие представления, наша добрая или худая слава; третья возникает из наших психических свойств и особенностей.

Сознавание Я является частным случаем сознания, самосознанием, оно всегда сознается нами, пока функционирует наше сознание, следовательно, его наличность должна определяться условиями, необходимыми для функции сознания изменение и нарушение этих условий отражается, конечно, и на самосознании. Из этих условий особенно ощутительно определяется самосознание при процессе т. наз. активного внимания или апперцепции в вышеуказанном смысле, при процессе активного мышления. При течении этих процессов обычно и неизбежно получается впечатление активной работы нашего Я, значение которой было выше разобрано и оценено.

В неизбежной и неразрывной связи с учением о Я и о личности находится вопрос о характере: выражение "характер" известно всем, все им постоянно пользуются и значение его понятно; термины личность и характер в сущности аналогичны между собою; как личность, так и характер выражаются в поступках, по поступкам судят о личности и характере человека, говорят о проявлениях личности и о проявлениях характера, но принято больше говорить о проявлениях характера, о тех и других чертах характера; так принято говорить, — оба термина имеют некоторое различие в оттенках, но по существу различия между ними нет.

Учение о характерах выдвинуто в древности; основою его является учение Галена о темпераментах; под темпераментом подразумевался тот органический склад, который лежит в основе душевного склада того или иного лица и обусловливает основные свойства и особенности данного лица. Древняя медицина прочно держалась установленного Гиппократом учения о кразах и кардинальных жидкостях, соках нашего тела, различным соотношением которых определялись здоровье, болезнь, вообще свойства человека (см. гл. II). Выделено было четыре основных темперамента, свойства которых определялись соответственно свойствам, приписывавшимся кардинальным жидкостям (кровь, слизь, желчь), обусловившим и самые названия темпераментов. Таким образом были установлены темпераменты: сангвинический, флегматический, меланхолический и холерический; впоследствии Kant'ом были предложены названия легкокровного,

**) N. Munsterberg, 1. с. [117]), S. 454. 144

*) James, 1. с. [221]), стр. 134—138.

хладнокровного, тяжелокровного и теплокровного темпераментов**).

Сангвинический темперамент характеризует человека, легко, неглубоко чувствующего и легко действующего; флегматический — слабо чувствующего и слабо, вяло, медленно, с трудом действующего; меланхолик сильно чувствует, аффективная жизнь его развита весьма значительно, но действует он с трудом, в поступках он отличается нерешительностью; холерику присуще значительное развитие как эмоциональной, так и волевой сферы душевной жизни.

Конечно, приведенные четыре вида установленных с древних времен темпераментов далеко не исчерпывают всего их разнообразия, встречающегося в действительности; тем не менее нельзя не признать, что они соответствуют обозначению наиболее рельефных типов характера; вот почему рассмотренные четыре обозначения сохранились до настоящего времени: пользуются ими, однако, лишь как терминами определенного содержания, без всякой мысли о причинной связи их с теми соками и тканями человеческого тела, наименованием которых определяется их название. Из предложенных впоследствии видов темпераментов удержалось еще название нервного темперамента; впрочем, этот вид темперамента уже примыкает к области психопатологии, и о нем еще будет речь впоследствии.

Подобно тому, как мы считали нецелесообразным приводить классификацию эмоций, столь же мало обоснованным было бы изложение различных попыток классификации характеров. Считаем правильным ограничиться здесь лишь самым существенным.

Одна из наиболее простых классификаций предложена Ribot[237]). Автор выделяет чувствительные, аффективные или эмоциональные характеры, отличающиеся преобладанием элементов чувства, впечатлительностью; далее следуют деятельные характеры, господствующая черта которых выражается в стремлении к деятельности; третье место занимают апатичные характеры; каждый из этих трех видов имеет свои разновидности, напр., чувствительные характеры разделяются на смиренные, созерцательные, нерешительные, мистические, аналитические и др.; деятельные и апатичные также характеризуются рядом разновидностей; наконец, Ribot выделяет еще четвертую группу сложных характеров, к числу которых относит характеры чувствительно-деятельные, апатично-деятельные, апатично-чувствительные и умеренные. Конечно, следует признать, что классификация Ribot является лишь общей схемой, допускающей неопределенно большое количество разновидностей; вообще же индивидуальные оттенки и сочетания настолько разнообразны, что вряд ли их можно вполне охватить общей схемой.

Поэтому можно всецело присоединиться к методу постройки человека из его наклонностей, предлагаемому Лазурским [238]). Эту задачу должна преследовать индивидуальная психология или характерология; ее непосредственной целью является изучение душевных особенностей или наклонностей, отличающих людей, конечной же целью — составление возможно полной классификации характеров. Под наклонностью автор подразумевает расположение данного лица к повторяемости у него определенной стороны того или другого душевного процесса; наклонность, иначе способность, душевное качество. Наклонности должны изучаться не только сами по себе, но и в их взаимоотношении, в смысле преобладающего влияния тех или других, в смысле их интенсивности; под характером и подразумевается совокупность свойственных данному лицу, преимущественно, основных наклонностей. При изучении наклонностей необходимо обращать внимание на те сочетания, в которых они чаще встречаются и на более важные и существенные наклонности, которыми может обрисовываться характер данного лица. Для составления характеристики данное лицо должно быть подвергнуто всестороннему изучению посредством наблюдения и психологического эксперимента; чем всестороннее изучены наклонности, тем полнее характеристика. Конечно, наклонностей очень много, и в нашу задачу не входит их перечисление, назовем некоторые из них только для примера: возбудимость внимания, способность сосредоточения, устойчивость внимания, его об'ем; возбудимость чувствований, их сила, продолжительность, внешние проявления, влияние на умственные процессы; подвижность и сила движений, их согласованность; утомляемость; сила желаний и влечений, борьба мотивов, быстрота выбора, устойчивость решений, их определенность, способность к задержке, постоянство стремлений, внушаемость и др. Психическая личность должна исследоваться по определенной системе с применением определенной методики; для этой цели автором рекомендуются программы.

Автор несомненно стоит на правильном пути. Исследования в указанном направлении далеко еще не могут дать окончательных результатов, они могут отличаться некоторыми дефектами, но будущее принадлежит именно такой синтетической естественно-научной методике исследования. В указанном направлении работают и другие авторы, некоторые из них даже дают кривыя, изображающие состояние различных душевных свойств у исследованных ими лиц (психологические профили Россолимо[239])). Лазурский справедливо полагает, что дедуктивные классификации играют роль предварительных попыток, идущих большею частью ощупью, но тем не менее иногда попадающих на верную дорогу. Однако, последнее слово в этом вопросе всегда будет принадлежать индукции, которая окончательно установит то, к чему ее приведут факты*).

XV.

Закон Weber'a и его математическое выражение, данное Fechner'ом. Значение закона Weber-Fechner'a. Психометрия.

**) Hoffding, 1. с. [100]), стр. 331. W. Wundt, 1. с. [219]), вып. XVI. О течении и связи душевных процессов. Стр. 734—740.

*) Лазурский, 1. с. [238]), стр. 115.

Время простой реакции и способы его измерения. Хроноскоп Hipp'a. Аппарат Hipp'a с падающим шариком. Другие приборы, необходимые для опытов измерения времени психических процессов. Аппарат д-ра Спиртова для зрительных восприятий. Контрольный молоток. Измерение времени реакций различения, узнавания, выбора, времени ассоциации. Звуковые ключи. Тахистоскопы. Весы Stratton'a. Об'ем сознания. Распространение психофизиологических лабораторий.

Среди психологов уже издавна существовало стремление установить возможное соотношение между душевными процессами и явлениями внешнего мира, в смысле точного выяснения их закономерной связи; это стремление было вызвано, главным образом, желанием найти об'ективное выражение для суб'ективных переживаний. Такое соотношение удалось до известной степени установить около половины XIX столетия (1834 г.) Weber'y; однако, открытие Weber'a было надлежащим образом разработано не им самим, а Fechner'ом, особенно выдвинувшим значение открытия Weber'a и, что особенно важно, давшим ему определенное выражение в виде математической формулы; эта формула была представлена Fechner'ом[240])[*]) в качестве основного психофизического закона или закона Weber'a; как видно будет ниже, название «основного психофизического закона» не вполне отвечает существу дела, поэтому правильнее говорить о законе Weber'a, а еще точнее, о законе Weber-Fechner'a.

Weber обратил внимание, что между различного рода раздражениями и возникающими в связи с ними ощущениями наблюдается известная закономерность; эта закономерность выразилась в открытии, что ощущение, возникающее от того или другого раздражения, наростает в определенном отношении к этому раздражению, именно: наростание ощущения на едва заметную величину обусловливается усилением вызвавшего его раздражения в известном постоянном отношении. Так, если для возникновения ощущения необходимо раздражение, сила которого выражается единицей — 1, а для возникновения ощущения, едва заметно отличающегося от первого, необходимо усиление раздражения на $^{1}/_{10}$ его величины, т. е., сила раздражения в 1 + $^{1}/_{10}$, то при ощущении, вызываемом раздражением того же качества, но вдвое сильнее первого, выражающимся числом 2, для едва заметного наростания ощущения необходимо усиление раздражения не на прежнюю величину, а на $^{1}/_{10}$ двух, т. е., на $^{2}/_{10}$, 2 + $^{2}/_{10}$ если раздражение выражается числом 3, то едва заметное наростание ощущения наступит при раздражении 3 + $^{3}/_{10}$ и т. д.; едва заметное наростание ощущения *a*, выражающееся $a+a^1$, обусловится раздражением n + $^{n}/_{10}$.

Значение открытия Weber'a по отношению к различным ощущениям было изучено Fechner'ом; оказалось, что установленная закономерность подтверждается по отношению к раздражениям, преимущественно, средней силы, по отношению же к раздражениям самым слабым и самым сильным она нарушается. Fechner формулировал закон Weber'a следующим образом: кроме раздражений самых сильных и самых слабых, равномерные, едва заметные наростания ощущений всегда вызываются относительными равномерными наростаниями раздражений, при чем абсолютная величина их может изменяться. Fechner дает и более краткие определения для закона Weber'a: разница ощущения или прирост его остается одинаковым, если относительная разница раздражения или относительный прирост его остается одинаковым; или: разница ощущения или прирост его остается одинаковым, если отношение раздражений остается одинаковым. Это видно и из приведенного примера: изменение абсолютной величины раздражения влечет за собой и увеличение относительного прироста — l + $^{1}/_{10}$, 2 + $^{2}/_{10}$, 3 + $^{3}/_{10}$ …. n + $^{n}/_{10}$.

Наименьшая сила раздражения, при которой получается самое слабое, едва заметное ощущение, называется порогом раздражения; самое сильное различимое раздражение носит название вершины раздражения, оно соответствует самому сильному ощущению; наименьшее различие между двумя раздражениями, вызывающими едва заметную разницу ощущений, называется разностным порогом раздражения.

Многочисленные исследования различных психологов подтвердили закон Weber-Fechner'a в его существенных чертах. По отношению к ощущениям с разных органов чувств выяснились различные величины разностных порогов раздражения: так, оказалось, что наростание силы освещения отмечается при изменении его на $^{1}/_{120}$ и даже $^{1}/_{200}$, изменение силы звука на $^{1}/_{5}$—$^{1}/_{8}$ вызывает заметную разницу ощущения, сила тяжести груза различается при изменении его давления на $^{1}/_{3}$—$^{1}/_{5}$—$^{1}/_{10}$

Перейдем к рассмотрению математического выражения закона Weber-Fechner'a.

Выше уже упоминалось, что если имеется ряд ощущений, вызываемых соответствующими раздражениями, то едва заметное увеличение этих ощущений должно быть вызвано усилением раздражений в определенном отношении:

a	b	c	d	ощущения.
1	2	3	4	раздражения, их вызывающие.
$a+a^1$	$b+b^1$	$c+c^1$	$d+d^1$	ощущения едва заметно наростающие.
1+$^{1}/_{10}$	2+$^{2}/_{10}$	3+$^{3}/_{10}$	4+$^{4}/_{10}$	раздражения, наростающие в определенном отношении.

Допустим, что *a* обозначает известное ощущение, а a^{I}, a^{II}, a^{III}, a^{IV} обозначают едва заметные степени увеличения или прироста ощущений; ощущение *a* вызывается раздражением 1, при чем для минимального наростания ощущения необходимо усилить раздражение, напр., на $^{1}/_{10}$ его величины, как это наблюдается

[*]) Wundt, 1. c. [219]), вып. XV. Интенсивность ощущения. Стр. 252. Ebbinghaus, l. c. [209]), S. 518—544.

при определении разницы давления тяжести. Получается следующий ряд:

a 1
$a+a^{I}$ ....$1+ {}^{1}/_{10}={}^{11}/_{10}$
$a+a^{I}+a^{II}$ ....${}^{11}/_{10}+{}^{11}/_{10} \bullet {}^{1}/_{10}={}^{11}/_{10}+{}^{11}/_{100}={}^{121}/_{100}$
$a+a^{I}+a^{II}+a^{III}$ ....${}^{121}/_{100}+{}^{121}/_{100} \bullet {}^{1}/_{10}={}^{121}/_{100}+{}^{121}/_{1000}={}^{1331}/_{1000}$
$a+a^{I}+a^{II}+a^{III}+a^{IV}$ ....${}^{1331}/_{1000}+{}^{1331}/_{1000} \bullet {}^{1}/_{10}={}^{1331}/_{1000}+{}^{1331}/_{10000}={}^{14641}/_{10000}$

Из рассмотрения этого ряда видно, что наростанию ощущений на определенную величину или в арифметическом отношении соответствует наростание раздражений в определенном отношении или в геометрическом; ряд ощущений представляет собою арифметическую прогрессию с знаменателем a^1, между тем как ряд раздражений представляет прогрессию гео-метрическую с знаменателем ${}^{14641}/_{10000}$: ${}^{1331}/_{1000}$ = 1 ${}^{1331}/_{13310}$ = 1 ${}^{1}/_{10}$ = ${}^{11}/_{10}$

Аналогичные ряды получаются и в других случаях, напр., при необходимости усиления раздражения на ${}^{1}/_{5}$, как наблюдается при звуковых впечатлениях, а иногда и при действии тяжестей:

a 1
$a+a^{I}$ ....$1+ {}^{1}/_{5}={}^{6}/_{5}$
$a+a^{I}+a^{I}$ ....${}^{6}/_{5}+{}^{6}/_{5} \bullet {}^{1}/_{5}={}^{36}/_{25}$
$a+a^{I}+a^{I}+a^{I}$ ....${}^{36}/_{25}+{}^{36}/_{25} \bullet {}^{1}/_{5}={}^{210}/_{125}$
$a+a^{I}+a^{I}+a^{I}+a^{I}$ ....${}^{210}/_{125}+{}^{210}/_{125} \bullet {}^{1}/_{5}={}^{1260}/_{625}$

В ряде наростающих раздражений получается геометрическая прогрессия с знаменателем: ${}^{1260}/_{625}$: ${}^{210}/_{125}$ = 1 ${}^{210}/_{1050}$ = 1 ${}^{1}/_{5}$ = ${}^{6}/_{5}$

Если взять логарифмы и их основания, то в их взаимоотношении получим аналогию с отношением между изменениями ощущения и соответствующих им раздражений.

1	10	100	1000	
10^1	10^2	10^3	10^4	10^n
1	2	3	4	n

Из приведенных рядов ясно видно, что увеличению оснований в геометрическом отношении соответствует увеличение логарифмов в арифметическом.

Из всего сказанного вытекает, что отношение между ощущениями и соответствующими раздражениями аналогично отношению между логарифмами и их основаниями. Отсюда вытекает, что сила ощущений наростает пропорционально логарифмам соответствующих раз-дражений или короче — ощущение пропорционально логарифму раздражения.

Приведенное выражение Fechner назвал основной психофизической формулой или основным психофизическим законом, в котором он дал математическое выражение закону Weber'a или, точнее, закону Weber-Fechner'a.

Как видно из предисловия к цитированному сочинению Fechner'a он подразумевает под психофизикой точное учение об отношениях между телом и душой; с этой точки зрения он и рассматривал установленное им соотношение, признавая его за тип взаимоотношения между телесным и духовным миром; однако, такое толкование является недоказанным, и оно поддерживалось, главным образом, самим Fechner’ом; правильнее придавать этому закону физиологическое толкование, по которому возбуждение нервного вещества наростает медленнее наростания раздражения, или еще более правильным представляется, не противоречащее, впрочем, физиологическому, психологическое понимание закона, в котором дело идет о психических процессах, действующих при сравнении ощущений, больше о сравнении одних состояний с другими, чем о самых ощущениях; сравниваются эти состояния, а, конечно, не самые раздражения.

Еще самим Fechner'ом было указано, что закон имеет лишь относительное значение, что его стройность резко нарушается при слишком малых и слишком сильных раздражениях, что лучше всего он подтверждается при раздражениях средней силы; яркое солнечное освещение препятствует, напр., чтению, не благоприятствуя отчетливости восприятия текста; в сумерках текст тоже перестает различаться; резкие колебания света препятствуют отчетливости восприятия; лампа, хорошо освещающая предметы в сумерках и ночью, заметно не усиливает освещения предметов днем, не давая даже тени. Однако, проверяя закон Weber-Fechner'a, необходимо принимать во внимание, как вообще при всех экспериментально-психологических исследованиях, условия, влиявшие на лицо, подвергавшееся исследованию, особенно в смысле его настроения, содержания душевной деятельности, сосредоточения внимания и его колебаний, степени утомления и др.

Установление закона Weber - Fechner'a дало могучий толчек т. наз. психометрии, положив начало целому ряду различных измерений в области процессов душевной деятельности; вместе с тем началось развитие эксперимента в области психологии, развилась т. наз. экспериментальная психология, приобретающая в настоящее время все большее и большее значение.

Остановимся на возможности измерять время различных психических процессов.

Мы не будем говорить здесь о всех возможных способах изменения скорости течения различных психических процессов, так как это не входит в нашу задачу; интересующиеся найдут подробное изложение этого вопроса в специальных сочинениях по физиологической психологии и ее методике; поэтому мы покажем только на ограниченном числе примеров, как это делается.

Простейшее измерение, которое делается, есть измерение времени простой реакции. Простая реакция складывается из восприятия данного определенного раздражения и условного ответа на это раздражение; напр., простая звуковая реакция состоит из восприятия звукового раздражения и из сигнала, указывающего, что звуковое впечатление получено; световая реакция состоит из восприятия светового раздражения и соответствующего сигнала и т. под. Измерению подлежит время, протекшее с момента возникновения раздражения до обнаружения сигнала, указывающего, что восприятие раздражения совершилось.

Понятно, что для измерения времени простейших психических процессов необходимы аппараты, дающие возможность отмечать минимальные промежутки времени с постоянною точностью. Лучшим из таких аппаратов и наиболее распространенным является хроноскоп Hipp'а, при помощи которого отмечаются тысячные доли секунды или сигмы; аппарат замечателен тем, что его можно приводить в действие и останавливать посредством замыкания и размыкания электрического тока, и тем, что правильность его показаний может быть проверена в каждый данный момент.

Хроноскоп состоит из часового механизма, помещенного на колонках (рис. 8, X); система зубчатых колес укреплена между двумя металлическими досками; на передней из них расположены один над другим два циферблата, маленький и большой, по которым движутся стрелки, отмечающие протекающее время; каждый из циферблатов разделен по периферии на 100 равных делений; стрелки обоих циферблатов движутся и останавливаются одновременно, но движение их происходит с различной скоростью:

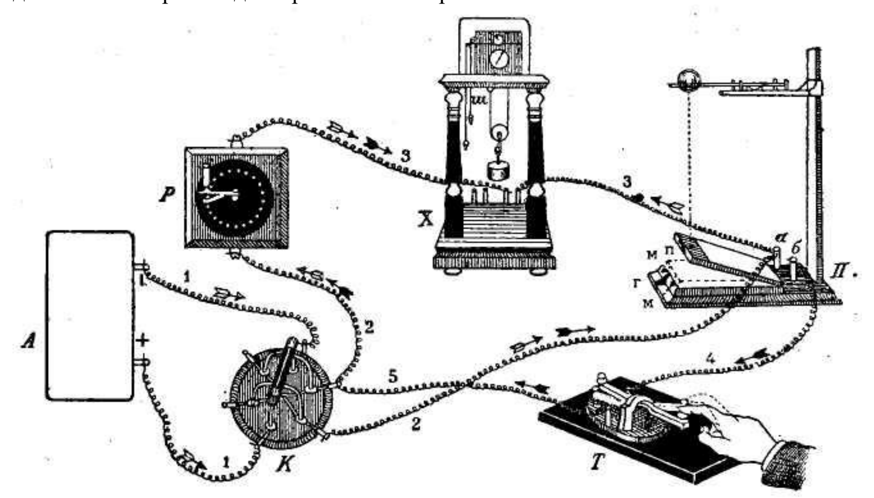


Рис. 8. Схема соединений для определения времени простой слуховой реакции. А — аккумуляторы. К — качалка Hipp'а. Р — реостат. X —: хроноскоп Hipp'а; ш — шнурки к рычагам, приводящим в движение и останавливающим стрелку. П — аппарат с падающим шариком ; а и б — клеммы аппарата; г — гусек; п — металлическая пластинка; мм — концы металлических пластинок, соединяющиеся с клеммами.
Т — телеграфный ключ.

в то время, как стрелка большого циферблата обегает все его 100 делений в 10 секунд, стрелка малого циферблата обегает его окружность в $^1/_{10}$ секунды; следовательно, большая стрелка пробегает каждое деление в течение 0,1 секунды, а маленькая — в течение 0,001 секунды или одной сигмы. Указанное отношение скоростей движения стрелок достигается взаимоотношением диаметров и числа зубцов колес часового механизма, приводящего в движение стрелки; самый же механизм приводится в движение подвешенной снизу на блоке тяжестью. Работа механизма сопровождается легким жужжанием, которое мало заметно, если аппарат накрыт стеклянным колпаком. Сбоку механизма находятся два рычага с прикрепленными к ним шнурками; одним из этих рычагов освобождается и, следовательно, пускается в ход зубчатая система, другим ее движение прекращается; если потянуть за шнурок одного из рычагов — стрелки приходят в движение, тяга за другой их останавливает (см. рис. 8, 9 и 10).

Для того, чтобы определить, в течение какого времени стрелки хроноскопа находились в движении, надо отметить их положение до начала движения и по его окончании. Цифры большого циферблата обозначают целые и десятые доли секунды, цифры малого — сотые и тысячные; это дает возможность отмечать положение

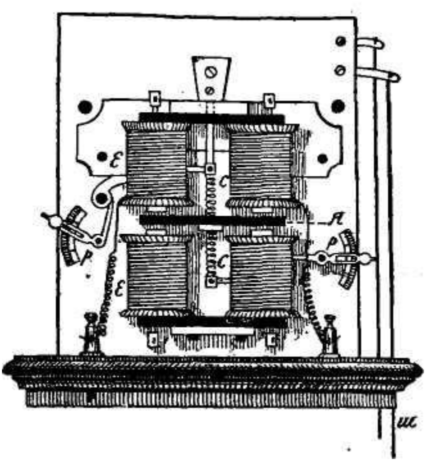


Рис. 9. Механизм хроноскопа сзади. Е — электромагниты. Я — якорь. С — спиральные пружины ; р — регуляторы ; ш — шнурки к рычагам, приводящим в движение и останавливающим стрелки.

стрелок посредством записывания подряд цифр большего и малого циферблатов; напр., если до начала движения стрелка большего циферблата стоит на 37, а малого на 11, то записывается 3711; если после окончания движения стрелка большого стоит на 56, а малого на 24, то записывается 5624; разница, получаемая вычитанием первой цифры из второй, показывает, в течение какого времени стрелки находились в движении: 5624 — 3711 = 1913.

Как уже было выше указано, хроноскоп устроен таким образом, что стрелки его могут приводиться в движение и останавливаться под влиянием замыкания и размыкания электрического тока. Это достигается применением системы электромагнитов, влияющей на движение стрелок, благодаря связи с особо приспособленным якорем (рис. 9 и 10). Электромагниты расположены позади часового механизма в виде двух пар, верхней и нижней. Между верхней и нижней парой электромагнитов находится металлическая пластинка якоря, которая притягивается тою парою электромагнитов, через которую пропускается электрический ток; лишь только ток размыкается, якорь отходит от электромагнитов вниз или вверх, смотря по тому, к нижней или верхней паре он притягивается; отхождение якоря

обусловливается давлением на него спиральных пружинок (см. рис. 9), регулируемых находящимися с обеих сторон приспособлениями для регуляции. На рис. 9 регуляция произведена таким образом, что при прохождении тока через нижнюю пару электромагнитов якорь притягивается к ней, а при размагничивании отходит к верхней паре.

Якорь прикреплен к рычагу, дважды изогнутому под прямым углом, верхнее колено которого соединено с зубчатым колесом, зубцы которого, будучи расположены на его боковой поверхности, при движениях рычага вперед и назад входят в промежутки между зубцами другого находящегося против него такого же колеса пли выходят из этих промежутков; таким образом, оба колеса то сливаются в одно, то раз'единяются; при соединении колеса в движение вовлекаются и находящиеся между ними стрелки, представляющие одну общую систему со стрелками циферблатов: если колеса соединились, то стрелки вовлечены в движение, вместе с которым движутся и стрелки циферблатов; как только колеса раз'единяются, система стрелок выводится из вращения, они тотчас останавливаются.

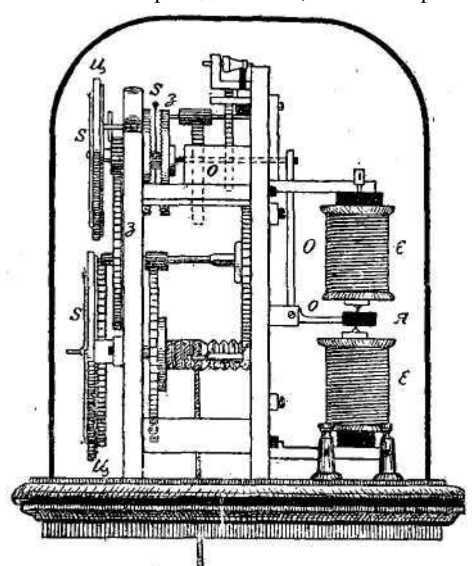


Рис. 10. Механизм хроноскопа сбоку. З — система зубчатых колес, приводящих в движение стрелки циферблатов. Е — электромагниты. Я — якорь, Ц и ц — большой и малый циферблаты, вид сбоку S — система стрелок. О — соединение якоря с системой стрелок.

Из рис. 9 видно, что колеса соединяются при условии отхождения якоря к верхней паре электромагнитов и

раз'единяются при отхождении его книзу; следовательно, при размыкании тока стрелки циферблатов начинают свое движение, при замыкании же моментально останавливаются. Электрический ток проходит в

хроноскоп через одну из двух пар клемм, одна из которых проводит ток в верхнюю, а другая в нижнюю пару электромагнитов.

Из приводимых рисунков устройство хроноскопа Hipp'a видно с достаточной ясностью.

Рассмотрим сначала способ определения времени простой звуковой реакции, аппараты, которые при этом применяются, кроме только-что описанного хроноскопа, и их расположение при опыте.

Для производства звукового раздражения можно с удобством пользоваться аппаратом Hipp'a*) с падающим шариком (Fallapparat).

Аппарат состоит из доски, на которой укреплен вертикально деревянный брусок; по этому бруску могут передвигаться вверх и вниз металлические салазки с вилками, на которые кладется костяной шарик; передвижением салазок шарик перемещается на большую или меньшую высоту; при раздвигании вилок посредством соединенного с ними рычага шарик падает на находящуюся внизу, слегка приподнятую дощечку, и производит своим падением звук. На нижней доске аппарата находятся: пара металлических клемм; две идущие от них по поверхности доски металлические пластинки, кончики которых видны на рис. 9; гусек с пружиною; дощечка на шарнире, на которую падает шарик, придавливая ее тяжестью своего падения к нижней доске; передний край дощечки имеет металлическую пластинку, которая при придавливании дощечки к нижней доске приходит в соприкосновение с обеими металлическими пластинками и с гуськом; если дощечка приподнята, она может удерживаться гуськом от полного соприкосновения с нижней доской и металлическими пластинками; падение шарика, придавливая дощечку, устанавливает тем самым контакт между указанными частями аппарата и соединение между клеммами; если дощечка приподнята, ток может проходить через каждую из клемм самостоятельно, соединение между клеммами отсутствует; если дощечка придавлена, ток направляется из клеммы в одну из металлических пластинок под дощечкой, по металлической пластинке дощечки направляется в другую пластинку, а по ней в другую клемму. Описанное приспособление Hipp'a представляет, таким образом, ключ, разомкнутый при приподнятом положении дощечки и замыкающийся при ее придавливании, которое может производиться тяжестью падающего шарика, в то же время являющегося источником звука.

При измерении времени простой звуковой реакции исследуемому лицу дается следующая задача: как только им воспримется звук, произведенный падением шарика только-что описанного аппарата, дать сигнал посредством отнятия пальца руки от клавиши телеграфного ключа, которую исследуемое лицо держит прижатой. Задача исследователя заключается в образовании такого соединения аппаратов, при котором стрелки хроноскопа приводились бы в движение вместе с возникновением звука от падения шарика и останавливались бы при подаче сигнала исследуемым лицом: разница между вторым и первым положением стрелок покажет время, протекшее с момента возникновения звука и до подачи сигнала.

Для постановки опыта необходимы еще следующие приспособления: источник электрической энергии, в виде системы аккумуляторов; реостат или реохорд; т. наз. качалка Wipp'a и телеграфный ключ. Реостат необходим для пропускания в электромагниты тока лишь такой минимальной силы, которая необходима для притяжения якоря и вместе с тем возникновения движения стрелок хроноскопа; ток должен быть минимальной силы, так как усиление его, перемагничивая электромагнит, задерживает отпадение от него якоря вслед за размыканием тока. Качалка Wipp'a меняет направление тока: эта перемена направления тока необходима безусловно после каждого опыта, так как иначе электромагниты, подвергаясь повторным влияниям даже токов минимальной силы, тоже намагничиваются больше, чем следует. Телеграфными ключами пользуются для двигательного сигнала, как одним из самых удобных способов.

Все перечисленные приборы при определении времени слуховой реакции располагаются так, как это изображено на рис. 8. При этом исследуемое лицо держит клавишу ключа прижатой. Электрический ток из аккумуляторов (А) по проводникам (1—1) направляется в коммутатор (К), откуда с одной стороны идет в реостат, а с другой в клемму аппарата с падающим шариком (2—2); из реостата и из аппарата (П) ток поступает в хроноскоп, проходя в верхнюю или нижнюю пару электромагнитов; на нашем рисунке он попадает в нижнюю пару; при этом условии, если механизм хроноскопа потягиванием за шнурок будет приведен в действие, стрелки будут стоять неподвижно, так как притянутый к нижнему электромагниту якорь разъединит зубчатые колеса з (см. рис. 9). Раздвигая вилки аппарата П, удерживающие шарики, экспериментатор тем самым заставляет упасть шарик на дощечку аппарата, которая вследствие этого придавливается к доске основания, плотно прилегая передней металлической пластинкой к гуську и к пластинкам, соединенным с обеими клеммами. Вследствие возникновения нового соединения, ток, направлявшийся ранее целиком в хроноскоп по проводнику 3, ответвляется от клеммы а в соединенную с нею пластинку; через пластинку дощечки попадает в пластинку клеммы б, а затем через проводник 4 и через телеграфный ключ Т в проводник 5; таким образом, прежнего замыкания тока уже произойти не может, электромагнит утрачивает свою притягательную силу с момента придавливания дощечки аппарата П к металлическим пластинкам, в этот же момент якорь приподнимается, соединяя зубчатки з, и стрелки хроноскопа начинают вращаться: Лишь только исследуемое лицо восприняло звук падения шарика, оно подает сигнал, отнимая палец от клавиши телеграфного ключа, передний конец которой при этом опускается; вследствие этого ток не может проникнуть из одной клеммы ключа в другую, не может попасть из проводника 4 в 5, его путь прерывается; в результате такого перерыва ток, конечно, снова целиком

*) В настоящее время имеется еще очень удобный аппарат, предложенный В.М. Бехтеревым [241]).

попадает в электромагнит хроноскопа, снова притягивающий якорь и тем самым останавливающий движение стрелок. Движение стрелок происходит в течение времени с момента падения шарика на дощечку, до момента подачи сигнала о воспринятом слуховом раздражении; если положение стрелок до начала их движения и по окончании его замечено, то вычитание первой цифры из второй покажет время движения стрелок, а вместе с тем и время простой слуховой реакции.

Это время, конечно, весьма сложное, в состав его входит время, необходимое для проведения звука по воздушным средам до воспринимающего слухового периферического аппарата, далее, время необходимое для центростремительного проведения, время центральной реакции и время центробежного проведения и связанного с ним мышечного движения.

Средние величины для времени простой звуковой реакции, выведенные на основании многочисленных опытов, показали, что это время резко колеблется в зависимости от направления внимания исследуемого лица: если внимание направлено на восприятие звука, получается большее время реакции; если внимание направлено на произведение мышечного сигнального движения, то получается меньшая затрата времени; первый род реакции называется чувственной реакцией, а второй мышечной; время чувственной звуковой реакции колеблется приблизительно от 200 до 230 сигм, а мышечной от 120—130 сигм и даже от 80.

По указанному плану производится измерение световой и других видов простых реакций, при чем аппарат с падающим шариком заменяется соответствующим специальным прибором. Остановимся еще на времени зрительных реакций, для изучения которых можно рекомендовать аппарат д-ра Спиртова *).

Аппарат состоит из прямоугольного ящика на подставке; задняя стенка ящика может откидываться, и к ней могут прикрепляться различного рода зрительные раздражители, напр., карточка с рисунками; в переднюю стенку ящика вставлен широким основанием раструб, суживающийся по направлению к наблюдателю в довольно широкую щель, через которую исследуемое лицо смотрит в аппарат. Благодаря особым приспособлениям, аппарат при исследовании вводится в цепь таким образом, что исследователь, надавливая на клавишу двойного ключа, одновременно приводит в движение стрелки хроноскопа и освещает внутренность аппарата посредством проведения тока в находящиеся в аппарате лампочки накаливания; исследуемое лицо в условленный момент дает сигнал о восприятии того или иного зрительного впечатления, отнимая палец от клавиши телеграфного ключа и тем самым останавливая движение стрелок хроноскопа и одновременно прекращая освещение внутри аппарата; последнее достигается особым приспособлением к телеграфному ключу.

Обстановка описываемых исследований требует особенной тщательности; исследуемое лицо должно освоиться с их обстановкой, привыкнуть к ней, что достигается путем предварительного упражнения; чтобы избегнуть, по возможности, различных отвлекающих моментов, связанных с производством опыта, как шум хроноскопа, действия исследователя и т. под., исследуемое лицо помещается в отдельной комнате, или опыт производится в темной комнате, при чем исследуемое лицо отделяется от исследователя ширмой, необходимое же минимальное освещение достигается посредством лампочки в футляре, сквозь небольшое отверстие которого луч света падает на циферблат хроноскопа.

Исследования над временем простой световой реакции показывают, что как чувственная, так и мышечная световая реакция несколько продолжительнее слуховой, равняясь 290 и 180—170 сигмам. Электрокожная реакция занимает время в 213 и 105 сигм.

При пользовании хроноскопом дело идет о таких малых величинах времени, измеряемых тысячными долями секунды, что необходимы частые проверки постоянства показаний хроноскопа. Для этой цели предложены в разное время различные приборы, напр., Wundt'a, Sommer'a, из которых чаще всего пользуются т. наз. контрольным молотком Wundt'a.

Этот аппарат состоит из двуплечего рычага, плечи которого сходятся под тупым углом, вершина которого шарниром закрепляется у края горизонтальной доски; к длинному плечу рычага прикрепляется тяжесть, которую можно поднимать вверх и опускать вниз, поднимая и опуская плечо рычага, вращающееся на шарнире; если поднять плечо рычага и отпустить его, то тяжесть падает вместе с плечом, конечно, в постоянную единицу времени; скорость падения тяжести можно варьировать путем передвижения другой тяжести по другому плечу рычага; эта тяжесть является противовесом первой. Аппарат устроен таким образом, что тяжесть молотка, начиная свое падение, производит прикрепленным к ней штифтиком размыкание одного ключа, а при конце падения — другого; оба ключа соединяются с хроноскопом, и таким образом достигается, что начало падения тяжести приводит стрелки хроноскопа в движение, а конец падения их останавливает. Теперь понятно, что при описанных условиях постоянство показаний хроноскопа легко может быть проверено**).

Определение времени простой реакции представляется определением времени наиболее простого психического процесса, хотя, как было показано выше, весь процесс в своей совокупности является довольно сложным; это определение должно предшествовать определению времени более сложных

---

*) Осипова , 1. с. 222), стр. 44—45.

**) Wundt, 1. с. 219), вып. XVI. О течении н связи душевных процессов. Стр. 439—474—500.

реакций, так как зная время простой реакции и время сложной, легко определить посредством вычитания, сколько времени потребовало течение более сложного психического процесса.

Так, измеряется время, необходимое для узнавания какого-нибудь данного явления, предмета или его изображения, время различения двух или большего числа представлений, время необходимое для выбора между двумя или несколькими движениями, наконец, время возникновения ассоциации з связи с данным словесным или зрительным раздражением.

Можно, напр., предложить исследуемому лицу при описанной обстановке опыта с падением шарика реагировать отнятием пальца от клавиши телеграфного ключа, только различив данный звук, напр., звук от падения шарика, пли звучание камертона: необходимость различения между двумя данными раздражителями тотчас же отразится увеличением времени реакции на несколько десятков сигм. Время, необходимое для узнавания данного раздражителя, напр., изображения предмета, длиннее времени, затрачиваемого на то, чтобы только увидеть данное изображение. Простейший случай выбора представится, если предложить исследуемому лицу реагировать на одно впечатление, не реагируя на другое, напр., отнимать палец от клавиши ключа при звуке от падения шарика, не отнимая пальца при звучании камертона. Необходимость реагировать на черный кружок, появляющийся в аппарате Спиртова, не реагируя на красный, тоже удлинит время реакции. Опыт, конечно, осложнится, и время реакции существенно увеличится, если предложить исследуемому, держащему указательный и средний палец на соседних клавишах ключа с несколькими клавишами, на одно впечатление реагировать указательным пальцем, а на другое средним. Наконец, время возникновения ассоциации на различные впечатления может быть уже довольно длинным, колеблясь в пределах приблизительно от 300 сигм до тысячи и более[*]).

Кроме телеграфных сигнальных ключей, можно пользоваться при опытах губными ключами и ключами, действие которых основано на передаче звуковых волн, развивающихся при произношении слов. В губных ключах замыкание и размыкание тока достигается движением захватываемых губами двух штифтиков, получающимся при выговаривании сигнального слова. При пользовании звуковыми ключами губы или все лицо исследуемого обращено к воронке, собирающей звуковые волны; противоположный конец воронки снабжен мембраной (резиновой, стружковой или металлической), колеблющейся при произношении слов и своими колебаниями вызывающей контакты электрического тока; такие ключи могут быть настолько чувствительными, что передают малейший шопот[**]). Наибольшим распространением пользуются, однако, телеграфные ключи, весьма удобные по своей практичности и простоте обращения с ними.

Для определения скорости зрительных впечатлений применяются еще т. наз. тахистоскопы, устройства которых основано на том, что данное изображение делается видимым исследуемому лицу только на время прохождения впереди изображения экрана со щелью; сквозь эту щель и можно видеть изображение; величину щели и скорость движения экрана можно варьировать, изменяя таким образом время экспозиции изображения. В тахистоскопе Wundt'a[****]) скорость скользящей по двум вертикальным столбам ширмы варьируется высотой ее падения и величиной удерживающего ее груза, соединенного с ней посредством шнурка, перекинутого через блок. Другой принцип устройства тахистоскопа предложен Wirth'ом 242): здесь изображение появляется в щели, прорезывающей по радиусу вращающееся на горизонтальной оси круглое зеркало; в зеркале отражается находящееся впереди его изображение, точно соответствующее находящемуся позади зеркала; изображения размещаются так, что мнимое изображение не отличается от находящегося позади зеркала и видимого лишь в момент открытия проносящейся мимо него щели; малейшее изменение взаимного отношения изображений или замена их другими и должна отмечаться исследуемым лицом, наблюдающим за данным изображением; при опытах с тахистоскопом Wirth'a чаще всего пользуются изображениями комплексов геометрических фигурок. Следует обратить внимание исследователей на тахистоскоп Владимирского, имеющий ряд преимуществ перед тахистоскопом Wundt'a, а именно, бесшумность действия, хорошее и постоянное освещение об'екта экспозиции, возможность точного измерения времени экспозиции посредством включения в цепь хроноскопа Hipp'a[242a]).

Для изучения и демонстрации закона Weber -Fechner'a можно[***]) рекомендовать аппарат, известный под названием весов Stratton'a.

---

[*]) Wundt, 1. с 219), вып. XVI, стр. 519—549.

[**]) Wundt, 1. с. 219), вып. XVI, стр. 466.

[****]) Wundt, 1. с. 219), вып. XVI, стр. 414—416. 158

[***]) Wundt, 1. с. 219), вып. XVI. Интенсивность ощущения. Стр. 319.

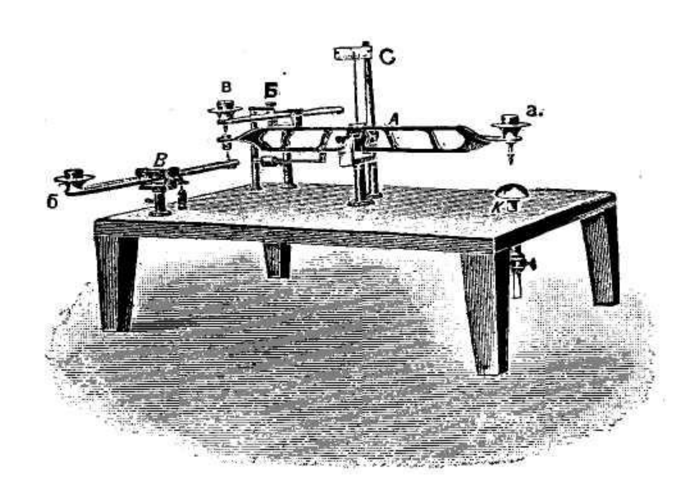


Рис. 11. Весы Stratton'a. А, Б, В—три равноплечих рычага; а, б, в—плоские чашки для нагрузки гирями; под чашкой а костяной штифтик, давящий на кисть руки, положенную па подушечку к; С — стрелка весов.

Весы эти в усовершенствованном виде располагаются на столике с невысокими ножками; горизонтальное положение доски столика обеспечивается возможностью градуировать высоту ножек винтами; самые весы состоят из трех равноплечих рычагов, лежащих в плоскости, параллельной поверхности стола; главный рычаг своей центральной частью соединен с призмой, покоящейся на штифте, прикрепленном в центре доски стола; рычаг снабжен вертикальной стрелкой, по показаниям которой устанавливается равновесие; на одном из концов рычага находится плоская чашка, на которую кладутся круглые плоские гири одна на другую; под чашкой к рычагу прикреплен костяной штифтик, который и давит па подложенную под него руку, преимущественно на кисть или область предплечья; рука кладется на мягкую подушечку. Два других рычага находятся у противоположного края стола и расположены таким образом, что своими концами, снабженными заостренными штифтиками, они прикасаются к концу главного рычага, один сверху, а другой снизу, взаимно уравновешиваясь; если на чашке главного рычага нет груза, то все рычаги находятся в равновесии; равновесие сохраняется, если на чашках всех трех рычагов находится одинаковый груз; чашка одного из рычагов находится над концом главного рычага, а другого — на конце, удаленном от главного рычага; вследствие такого расположения чашек рычагов, нагрузка чашки над главным рычагом, облегчая грузы главного рычага, уменьшает его давление на исследуемую часть тела, а нагрузка чашки другого рычага производит противоположное действие, увеличивая груз главного рычага и усиливая его давление. Благодаря описанным приспособлениям, весы Stratton'a позволяют определить минимальный порог раздражения по отношению к чувству давления или тяжести; манипулируя с тремя чашками рычагов, мы легко можем установить и минимальные воспринимаемые разницы давления, как в сторону наростания, так и в сторону его уменьшения.

Выше говорилось, что в сознании может одновременно содержаться лишь определенное количество впечатлений, что оно ограничено известной емкостью или об'емом; внимание не может сосредоточиваться одновременно на большом количестве впечатлений; психометрия сделала попытку выяснить размеры об'ема внимания и сознания. Исследователи подошли к этому вопросу следующим образом: пользуются методом одновременного и по возможности быстрого, мгновенного воздействия комплекса зрительных раздражителей, напр., комплекса различных или одинаковых геометрических фигурок, точек, расположенных группами или линейно; исследуемое лицо должно определить количество воспринятых им впечатлений, при чем оказывается, что это количество весьма незначительно, колеблясь от 4—6 впечатлений, при условии связанности этих впечатлений между собою, напр., при зрительном восприятии букв, соединенных в слова, количество воспринятых впечатлений увеличивается. Конечно, впечатлений получается больше, чем сосчитанных и воспринятых отчетливо, но воспринимаемые сверх указанного количества воспринимаются лишь суммарно, неясно и смутно. Для описываемых исследований с большим успехом применяются различного устройства тахистоскопы. Другой метод — метод последовательных слуховых раздражений; он заключается в том, что исследуемое лицо получает ряд звуковых впечатлений от ударов маятника, качаний метронома или боя часов; число ударов не должно сосчитываться исследуемым; задача может ставиться двоякая: или требуется определить число воспринятых звуков, или сравнить величину двух рядов, данных один за другим. Оказывается, что наилучшие результаты, в смысле количества воспринимаемых впечатлений, получаются при условии определенной скорости течения раздражений, именно, если между отдельными раздражениями проходит от 0,2 до 0,3 секунды; при этих условиях может быть воспринято до 16 отдельных впечатлений. Количество воспринятых впечатлений может быть значительно большим, если они соединяются в ритмические группы от 2 до 8 звуковых раздражений в каждой; так может быть воспринято от 16 до 40 впечатлений, точнее, от 8 сложных впечатлений, состоящих каждое из 2-х, до 5 сложных, состоящих каждое из 8-ми*).

Из всего сказанного с достаточной ясностью вытекает методика и направление экспериментально-психометрического исследования, приобретающего на ряду с другими методами психологического

*) Wundt, 1. с. 219), вып. XVI, стр. 416—423.

исследования все большее и большее распространение не только для целей изучения нормальной душевной деятельности, но и для изучения деятельности больной души человека. Вот почему специальные психологические лаборатории сравнительно быстро получили распространение и яри кафедрах душевных болезней в России и заграницей. Одна из самых крупных, продуктивных и старых психофизиологических Лабораторий есть, лаборатория Wilhelm Wundt'a в Leipzig'e; пользуются известностью лаборатории Kraepelin'a (сначала в Heidelberg'e, потом в Munchen'e); Ziehen'a в Berlin'e; Sommer'a в GieBen'e, Binet в Париже; James'a в Гарвардском Университете (Америка) и др.

В России первая лаборатория была организована И. П. Мержеевским при кафедре душевных болезней в Военно-Медицинской Академии; в восьмидесятых годах XIX ст. психофизиологическая лаборатория была основана В.М. Бехтеревым при той же кафедре Казанского Университета; С.С. Корсаков положил начало психологической лаборатории при Московской клинике душевных болезней. В настоящее время существует уже ряд частных институтов, посвященных целям психологического исследования, как лаборатория Психоневрологического Института в Петрограде, лаборатория А.П. Нечаева при Педагогической Академии в Петрограде; Психологический Институт, организованный Г.И. Челпановым при Московском Университете; Институт детской психологии и неврологии Г.И. Россолимо в Москве и нек. др.

XVI.

Методика психологического исследования личности. Значение экспериментального исследования. Необходимые руководства по экспериментальному исследованию. Условия производства исследования: обстановка, место, требования, пред'являемые исследуемому, исследователю и самому исследованию. Исследование простых восприятий со стороны органов зрения, слуха, обоняния, вкуса, кожной поверхности, мышечного аппарата. Затруднительность строго обособленного исследования душевных процессов. Исследование памяти в различных направлениях. Исследование ассоциативной деятельности; сообразительности; воображения. Исследование эмоциональных процессов. Исследование внимания в различных направлениях; выбор; раздвоение внимания; об'ем. Исследование наблюдательности. Исследование двигательных проявлений. Программа исследования личности, составленная А. Ф. Лазурским.

Методика психологического исследования личности отличается сложностью и не может быть представлена полностью в кратком изложении; она далеко не ограничивается изучением данного лица посредством бесед с ним, ведущихся по определенной программе, изучением поступков данного лица и поведения его при различных условиях жизненной обстановки; все это очень важно, ценно и существенно необходимо; однако, при современном развитии психологии совершенно немыслимо обойтись без опытного, экспериментального исследования.

Основная идея такого исследования заключается в систематическом предложении испытуемому лицу ряда более или менее сложных задач, направленных на выяснение различных сторон его душевной деятельности; по успешности выполнения заданного и получается возможность судить о состоянии душевного развития исследуемого лица. Выгода опытного изучения, помимо характера наглядности и об'ективности достигаемых результатов, заключается еще в том, что, предлагая различным лицам аналогичные задачи и применяя для исследования их аналогичные приемы, мы тем самым приобретаем возможность сравнения получаемых результатов, установления определенных норм, приобретаем основание для суждения о том, что находится в пределах нормы и что должно быть вынесено за эти пределы и рассматриваться, как явление болезненное, психопатологическое.

Пока останавливаемся на исследовании здоровой душевной деятельности; хотя методика его имеет очень много общего с исследованием психопатологическим и в значительной степени совпадает с приемами последнего, тем не менее это справедливо лишь частично; исследование психопатологическое связано с целым рядом таких особенностей и направлено на изучение таких болезненных проявлений душевной жизни, что говорить о нем возможно лишь после ознакомления с этими проявлениями.

Для подробного изучения техники и методики психологического исследования существует ряд специальных сочинений и соответствующих руководств; из них можно указать на сочинения Лазурского [238]), Toulouse, Vaschide et Pieron [244]), кружка сотрудников психологической лаборатории при педагогическом музее военно-учебных заведений (составлено Румянцевым [245])), Россолимо [239]) [246-247]), Рыбакова[248]) (атлас для экспериментально-психологического исследования личности), Schulze [249]) и Whipple [250]). В сочинении Лазурского содержится подробная и всесторонняя программа исследования личности.

Экспериментальные исследования нельзя производить, как придется и где придется; ценность их связана с выполнением определенных условий, пред'являемых к обстановке, в которой происходит исследование, к исследуемому лицу и к самому исследователю.

Лучше всего производить исследование в специально отведенной для этой цели комнате при психологической лаборатории; комната должна быть равномерно и неярко освещена, не должна быть оклеена яркими обоями раздражающего цвета, в ней может находиться лишь необходимая простая мебель и приборы, служащие целям исследования; в комнату не должны проникать посторонние шумы, так как, развлекая внимание, они препятствуют правильному ходу опыта; поэтому следует избегать помещений, выходящих на шумные улицы, солнечного освещения, бьющего в глаза исследуемому; температура комнаты должна быть нормальной — 14—15° R. Лучше всего для исследований, не требующих какой-либо

специальной обстановки и приспособлений, пользоваться одним и тем же помещением, так как этим сообщается исследованию весьма важное постоянство условий, в которых оно производится. Производство опытов в привычной обстановке помещений исследуемых лиц не рекомендуется потому, что эта обстановка подвержена различным не предвиденным случайностям и у разных лиц весьма различна; этим нарушается постоянство условий опыта, отсутствие которого может отразиться нежелательным образом и на исследователе, а особенно на ценности сравнения результатов, полученных при исследовании различных лиц.

Исследуемое лицо должно быть прежде всего здоровым; нельзя, напр., признать нормальными результаты исследования, произведенного над лицом, страдающим головной или зубной болью или лихорадящим; исследуемый должен находиться в своем обычном, ровном настроении, так как изменения настроения отражаются на течении психических процессов; он не должен быть утомлен предшествующей бессонной ночью, физическим или умственным трудом; он не должен быть голодным, равно как не следует подвергать его опыту тотчас после сытного обеда. Исследуемый должен привыкнуть к обстановке опыта, т. е., к помещению, к находящимся перед ним приборам, к исследователю; он должен быть подготовлен к исследованию посредством предварительных об'яснений и вполне ясно понимать, что именно от него требуется; для этой цели обычно ставятся подготовительные опыты, результаты которых не входят в общую оценку. Внимание исследуемого должен быть сосредоточено на опыте.

Исследователь должен быть хорошо подготовлен к исследованию, в совершенстве владея методом, им применяемым; он должен внимательно относиться к делу, спокойно, уверенно и без суетливости; отсутствие этих качеств обесценивает результаты исследования; если исследователь чем-либо расстроен и не может вполне владеть собой, он поступит совершенно правильно, отложив исследование до более благоприятного времени. Обстановка опыта должна быть хорошо подготовлена заблаговременно, что исключает неудачу и шероховатое течение опыта; организация обстановки в присутствии исследуемого развлекает его внимание. Исследователь должен хорошо и понятно об'яснить исследуемому, что от него требуется, и убедиться, что его об'яснение действительно понято последним. Начало опыта обозначается определенным сигналом, напр., словом “начинаю” или другим. Исследователь должен внимательно следить, насколько сосредоточенно работает исследуемое лицо, не утомляется ли оно продолжительностью исследования, и в последнем случае давать ему отдых.

Самое исследование должно отличаться планомерностью, отправляясь от более простых методов к сложным; оно должно быть направлено, насколько это доступно в настоящее время, на изучение всех сторон душевной деятельности. Продолжительность исследования не должна превышать ½—1 часа, смотря по утомляемости исследуемого, с небольшими перерывами для отдыха. Повторение аналогичных опытов увеличивает ценность получаемых результатов. Нельзя думать, что за один прием можно произвести всестороннее психологическое исследование данного лица — для этого потребуется много дней и даже недель. Методика исследования, будучи в общем постоянной, должна варьироваться применительно к индивидуальным различиям, представляемым исследуемыми лицами, напр., в отношении их возраста, профессии: нельзя давать ребенку задач, предлагаемых взрослому и легко им выполняемых; неудивительно, если опытный счетовод обнаружит блестящие результаты при заданиях из привычной ему области цифровых операций, или если художник обнаружит способность тонкого различения и запоминания цветов и их оттенков; несомненно, что соответствующие их способности должны быть проверены и в других направлениях с применением различных способов исследования.

Для исследования восприятия простых ощущений со стороны органов чувств существует много приборов и приемов более или менее сложных, большинство которых хорошо известно из практики клиники нервных болезней; это дает возможность не останавливаться подробно на их описании, делая исключение лишь для некоторых.

Острота зрения и состояние рефракции, конечно, определяется при помощи таблиц и шрифтов, общепринятых в офталмологии. Для определения восприятия световых и цветовых ощущений можно с успехом пользоваться сериями цветных кружков различных оттенков, предлагаемых для определения, сравнения и узнавания; такие серии даны в I и II таблицах атласа Рыбакова[248]); той же цели служат наборы небольших мотков цветной шерсти различных оттенков; мотки каждого цвета и оттенка приготовляются в двойном количестве, что позволяет сравнивать и подбирать тождественные пары мотков.

Для исследования слуховых восприятий пользуются шопотом, тиканьем карманных часов, аппаратом Politzer'a; для определения восприятия высоты тонов существуют наборы камертонов, напр., Bezold'a и Edelmann'a. Можно рекомендовать недавно предложенный аппарат д-ра И. Н. Спиртова[251]), подробное описание которого помещено в “Вестнике Психологии” за 1914 г.; при помощи этого аппарата можно легко и удобно изменять в достаточных для исследования пределах силу, частоту и тембр получаемых звуков; заменяя пластинку, удар по которой молоточком дает звук, камертонами, получаем возможность исследовать восприятие тонов. Аппарат позволяет также измерять скорость восприятия слуховых раздражений. Хорошим, хотя и весьма дорогим аппаратом для исследования музыкальных восприятий и сложных музыкальных впечатлений представляется орган.

Для установления обонятельной восприимчивости пользуются водными растворами пахучих веществ в различной степени разведения; не следует предлагать вещества, вызывающие раздражение не только окончаний обонятельного, но и тройничного нерва, как, напр., растворы аммиака; подходящими веществами

являются лавро-вишневые, мятные, камфорные и др. растворы. Toulouse[*]) советует пользоваться набором водных растворов камфоры в небольших стеклянных пробирках, расположенных в общем штативе шестью рядами по девяти в каждом; крепость растворов 1-го ряда — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9: 100 000 000 частей воды, 2-го — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9: 10 000 000 и т. д. до 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9: 1 000; кроме того, на случай аносмии имеется еще раствор 1:100 и 1:10 и кусочек камфоры в сухом виде. Количество каждого раствора — 15 куб. снтм., и нюхать его предлагается 5 сек. при вдыхании средней силы.

Аналогичные наборы растворов предлагает Toulouse[**]) для исследования вкусовых восприятий; растворы наливаются в небольшие флакончики, снабженные капельницами, служащими, для нанесения раствора на язык; растворы соленые (повареная соль), сладкие (сахар), кислые (уксусная кислота) и горькие (хинин); крепость первых двух возрастает от 1 : 10 000, а вторых — от 1 : 100 000. Нанося растворы на язык, следует помнить, что наиболее восприимчивыми представляются его боковые отделы, при чем — задние к горькому и соленому, а передние к сладкому и кислому. После каждого испытания исследуемый должен прополаскивать рот теплой дестиллированной водой (3.8° С), иначе исследование не даст сколько-нибудь точных результатов.

Для исследования восприятия различных видов кожных раздражений, болевого, тактильного, термического, волоскового[252]) существует много общеизвестных приемов и приборов, но далеко не все из них удовлетворяют целям тонкого, точного сравнительного изучения кожной чувствительности. Из приборов, более или менее удовлетворяющих указанным требованиям, можно отметить прибор д-ра Кульбина [253]) (механоэстезиометр) для исследования чувствительности болевой и тактильной; идея этого прибора заключается в том, что игла для нанесения раздражения, заключенная в небольшом цилиндре с эбонитовым основанием, выдвигается из него при посредстве микрометрического винта на строго определенные различные величины, что дает возможность точно отмечать силу раздражения; меньшая точность достигается посредством алгезиметра Мочутковского[254]). Довольно точно позволяет исследовать температурные восприятия аппарат Минора[255]); температурные колебания двух стеклянных цилиндров этого аппарата, основания которых приводятся в соприкосновение с участками кожных покровов, достигаются быстрым и удобным наполнением полостей цилиндров водою различной температуры и смешением воды обоих цилиндров посредством втягивания ее в баллон; лучше пользоваться при точных сравнительных исследованиях двумя аппаратами Минора.

Удовлетворительных приборов для измерения волосковой чувствительности до настоящего времени не имеется, поэтому приходится пользоваться простым мягким волосом или тонкой часовой пружинкой, зажатой в лапки пинцета.

Для исследования осязательных областей пользуются известным циркулем Sievecking'a и его видоизменениями; этой же цели отчасти может служить такциометр Мочутковского [256]), представляющий эбонитовый брусок с восемью поверхностями различной шероховатости.

Для стереогностических определений пользуются различными мелкими предметами, узнавать которые испытуемый должен при помощи ощупывания с завязанными глазами; лучше всего для указанной цели служат небольшие деревянные геометрические фигуры — пирамиды, шарики, кубики и т. д. Можно рекомендовать метод Крогиуса [257]), заключающийся в предложении исследуемому лицу определить посредством ощупывания наложенные на лист бумаги геометрические фигуры, вырезанные из толстого бристольского картона.

Восприимчивость к давлению исследуется весьма точно при помощи весов Stratton'a, устроенных таким образом, что благодаря системе рычагов, давление костяного штифтика на кисть и пальцы верхней конечности (Крогиус[***]) приспособил этот аппарат и для других областей тела) можно увеличивать и уменьшать на небольшую величину совершенно незаметно для исследуемого (см. гл. XV).

Состояние мышечного чувства, по крайней мере верхних конечностей, весьма точно определяется аппаратом Жуковского[230]); аппарат состоит из подвешенного к вертикальному штативу желоба, в который помещается верхняя конечность исследуемого от локтя до кисти включительно; локтевой конец желоба укреплен на подвижном шарнире, а кистевой может описывать в горизонтальной плоскости дугу; кистевой конец желоба снабжен указательной стрелкой, позволяющей легко отметить размеры производимых движений по делениям металлической дуги, над которой движется периферическая часть желоба. Аппарат одинаково служит как для изучения пассивных, так и активных движений.

При посредстве значительной части указанных и частью описанных здесь методов удается определить пороги восприятий, их минимальные разницы, изучать точность и память различных восприятий. Однако, изучением таких простейших восприятий далеко не обрисовывается психологический облик исследуемого; необходимо обратиться к ряду других методов, направленных на изучение более сложных психических процессов и дающих более ценные и богатые результаты, в смысле выяснения психологического облика личности. Процессы душевной деятельности так тесно связаны между собою, что расчленить их возможно лишь до известной степени, условно; так, исследование памяти связано теснейшим образом с состоянием восприятия, успешность всех вообще отдельных исследований обусловливается состоянием сосредоточения

---

[*]) Toulouse, Vaschide et Pieron , 1. c. [244]), p. 75—77.
[**]) Toulouse, Vaschide et Pieron, 1. c. [244]), p. 77—80.
[***]) Крогиус, 1. с. [257]), стр. 85.

внимания, настроения и т. д. Поэтому эксперимент, направленный на изучение состояния определенного психического процесса, в громадном большинстве случаев дает лишь преимущественное представление о состоянии этого процесса у данного лица.

Изучение памяти должно быть направлено на всестороннее выяснение процессов, входящих в содержание этого понятия, а именно: изучение запоминания, т. е., восприятия и удержания воспринятого, узнавания и воспроизведения, процессов, тесно связанных с ассоциативной деятельностью преимущественного типа памяти, локализации удержанного в памяти во времени и пространстве.

Для исследования восприятия и запоминания испытуемому лицу предлагается смотреть в течение 20—30 сек. на ряды изображенных на бумаге геометрических фигур; затем оно должно указать (узнавание) показанные ему фигуры среди изображенных в более обширных таблицах, в которых предлагавшиеся вниманию исследуемого фигуры размещены в рядах новых фигур. Для этой цели можно с удобством пользоваться таблицами III — VI из атласа Рыбакова; таблицы отличаются различной сложностью и разнообразием фигур; исследуемому предлагается запомнить девять фигур из которых каждая вписана в один из квадратиков, на которые разделен квадрат большей величины; воспринятые фигуры надо отметить среди двадцати пяти фигур, вписанных по пяти в ряд в квадраты соответствующих размеров. Исследуемому предлагаются также ряды изображений предметов и цветных фигур, которые он должен воспроизвести на память (табл. XX—XXII атласа Рыбакова). Пользуются также тахистоскопической экспозицией карточек с различно расположенными в девяти квадратиках точками, от одной до пяти (Россолимо), при чем исследуемый должен определить число точек и их расположение; при этом методе достигается точность времени, данного для восприятия. Нечаев предлагает узнать предварительно показанные рисунки среди других изображенных в серии карточек, пред'являемых исследуемому.

Выяснению точности восприятия служит только-что приведенный метод Россолимо; весьма наглядные результаты дает пользование двумя таблицами или сериями рисунков, в которых одни и те же изображения представлены несколько различно, напр., палка или зонтик с наклоном слева направо и справа налево, часы с различным положением стрелок, бутылка полная и на половину наполненная жидкостью и т. д. (табл. XIV и XV из атласа Рыбакова). Степень точности описания показанной картинки (табл. LV—LVI атласа Рыбакова).

Далее следует изучение памяти по отношению к буквам, слогам, словам, цифрам, фразам и более обширному связному изложению; одновременно изучается и тип памяти.

Исследуемому даются ряды букв, напр., три ряда по четыре буквы в каждом (табл. XVI атласа Рыбакова) и предлагается заучить буквы; при этом способ заучивания варьируется; заучивание происходит зрительным путем, кончик языка, во избежание движения, слегка зажимается между зубами; оно происходит слуховым путем — исследователь читает ряды букв исследуемому; исследуемый, прочитывая буквы глазами, в то же время производит необходимые для произнесения их движения — зрительно-двигательный путь; исследуемый читает буквы вслух — зрительно-двигательно-слуховой путь; наконец, можно осложнить опыт присоединением списывания букв, чем достигается еще закрепление впечатлений при посредстве мышечного чувства верхней конечности. Обращается внимание на время, необходимое для заучивания по каждому из указанных методов, на число необходимых для заучивания повторений, на качество заучивания (ошибки, пропуски, замена одних букв другими), локализацию букв.

Память на цифры исследуют, предлагая запоминать цифры в последовательном порядке от двузначных до десятизначных (табл. XVIII атласа Рыбакова). Конечно, в этом опыте, как и в других опытах с исследованием памяти, следует по возможности применять методы, только-что указанные по отношению к запоминанию букв.

Предлагаются ряды бессмысленных односложных и двусложных слов, как напр., в табл. XX атласа Рыбакова. Запоминание букв, цифр и бессмысленных слов направлено главным образом на изучение механической памяти, так как этими способами почти исключается участие ассоциативного процесса.

Далее следует заучивание рядов односложных, двусложных и многосложных слов (табл. XIX атласа Рыбакова).

Большого внимания заслуживают ряды слов, предложенные Нечаевым[*]) [258-259]). Автор предлагает шесть рядов двусложных слов, по двенадцати слов в каждом ряду; по содержанию слова принадлежат к шести различным категориям и размещены в определенном порядке так, что в каждом ряду находится по два слова одной из категорий, при чем занимаемое ими место различно. Категории эти следующие: слова, обозначающие, преимущественно, зрительные впечатления, напр., венок, лошадь, река, слуховые — выстрел, говор, крики; осязательные и температурные — гладкий, мягкий, жгучий, теплый; двигательные — бросать, вертеть, прыгать; отвлеченные — правда, вечность, давность; чувства — восторг, гордость, зависть. Ряды прочитываются вслух экспериментатором, с промежутками по 5 сек. между соседними словами, а исследуемый должен запомнить и воспроизвести по памяти каждый отдельный прочитанный ряд. Значение метода Нечаева заключается в том, что при посредстве его выясняется влияние смысла, содержания слов на их запоминание. Ряды слов приводятся у Нечаева и в табл. XVII атласа Рыбакова. В случае надобности, слова приводимых рядов могут быть заменены другими; так, Нечаевым были введены слова, обозначающие вкусовые и обонятельные восприятия.

---

[*]) Нечаев, 1.с. [208]), стр. 67 и изд. 3-е, 1909, стр. 89.

Исследуемому предлагаются для запоминания отдельные фразы, стихотворения и прозаические отрывки, читаемые им самим или прочитываемые ему вслух исследующим.

Указанные методы могут служить и для исследования прочности памяти, сохранения в памяти заученного, легкости и точности воспроизведения. Для этой цели предлагают исследуемому воспроизводить заученное через различные более или менее значительные сроки — через 5 мин., 10 мин., ½ часа, через 1, 2, 3 часа, 6 часов, через день и т. д. Ebbinghaus**) предложил метод, известный под названием метода сбережения памяти. Автор заставляет исследуемое лицо заучивать ряды слогов (пять — шесть рядов по десять — двенадцать слогов в каждом), отмечая время, потраченное на заучивание и число понадобившихся исследуемому повторений. Исследуемый воспроизводит заученное через 15 мин., через 1, 9, 24, 48 часов, через 6 дней, через 31 день; конечно, заученное до известной степени забывается; каждый раз исследуемый снова заучивает прежние ряды, при чем каждый раз отмечается потребовавшееся для заучивания время и число повторений; то и другое уменьшается; получаемая при повторных заучиваниях разница во времени и числе повторений и является критерием памяти, которую Ebbinghaus выражает отношением средней величины сбережений при повторном заучивании к средней величине повторений при первом.

Исследуется также об'ем памяти. Для этого произносят или последовательно показывают исследуемому три буквы, слога, двузначные числа, изображения предметов; исследуемый должен воспроизвести воспринятое; тогда ему предлагают четыре, пять, шесть, семь и более букв, слогов, числ, рисунков до того количества, которое он уже не в состоянии воспроизвести***). Понятно, что при этом методе измеряется не в меньшей, если не в большей степени, об'ем внимания.

Различных методов, рекомендуемых для исследования различных сторон памяти, весьма много; они излагаются в приводимых выше сочинениях, особенно подробно в книге Whipple [250]), где можно встретить и различные примеры рядов, предлагаемых исследуемым лицам; мы ограничимся сказанным.

Деятельность ассоциативная подвергается исследованию прежде всего в двух направлениях: в направлении свободного развития ассоциаций и в направлении развития их с теми или другими более или менее существенными ограничительными условиями. Обращается внимание на характер, содержание возникающих ассоциаций, на скорость их возникновения, на их количество. Обращается внимание на взаимоотношение ассоциаций по внешней (созвучие, сходство, привычная связь) и внутренней (причина, смысл) их связи.

Исследуемому лицу предлагают написать определенное количество, напр., 20 пришедших ему в голову слов (Binet[260])****), отмечается потраченное на это время, и изучается характер слов, условия их возникновения, развивались ли слова, как механические представления, или сопровождались соответствующими их содержанию образами. Опыт повторяется три раза.

Опыт можно видоизменить, заставляя писать слова возможно скорее, в течение 1—2 минут; этим определяется, кроме быстроты, легкость и обилие возникающих ассоциаций; условия опыта еще полнее выясняют обилие и характер преобладающих в сознании исследуемого образов и влечений, если возникновение ассоциации связывается со словами-раздражителями определенного содержания; для этой цели предлагается писать возможно скорее названия предметов, напр., круглых, пахучих, красивых, приятных и т. под.; названия предметов каждой категории пишутся в течение одной минуты; при этом быстрота самой техники письма может быть установлена предварительными опытами. Для таких опытов можно с успехом пользоваться в качестве слов-раздражителей вышеупомянутыми рядами Нечаева. Предлагая исследуемому определенные слова-раздражители, просят его записывать все возникающие в его сознании слова, не стесняя его временем, а затем изучают характер развившихся ассоциаций; при этом нередко обнаруживается, что одни слова вызывают быстрое, живое течение ассоциаций, в связи же с другими ассоциативный процесс претерпевает существенное замедление; причина такого замедления часто может быть неясной для самого исследуемого, обычно она заключается в скрытых психологических комплексах, оказывающих тормозящее влияние на развитие ассоциаций; эти комплексы вызываются к жизни соответствующим словом-раздражителем. На этом опыте, имеющем важное значение в психопатологическом исследовании, остановимся подробнее впоследствии.

Ряды слов, служащих для изучения характера развития ассоциативного процесса, могут быть заимствованы из атласа Рыбакова (табл. XXX, пять рядов односложных слов, по двадцати слов в каждом ряду). Возбудителями ассоциативного процесса могут служить не только слова, но и рисунки, лучше всего простые, схематические изображения предметов, так как с такими изображениями связывается меньше побочных ассоциаций, относящихся, напр., к качеству исполнения рисунка. Слова и рисунки в опытах, требующих точного измерения времени, очень удобно экспонируются в аппарате д-ра Спиртова [222]), легко связываемом с хроноскопом; они наклеиваются также на вращающийся цилиндр и экспонируются перед щелью в экране, находящемся перед исследуемым; в опытах, требующих меньшей точности, в смысле определения времени, слова произносятся исследователем или пишутся им на бумаге, а время отмечается при помощи секундомера.

Исследование ассоциаций может разнообразиться, усложняться и ограничиваться при введении строго

**) Ebbinghaus, 1. c. [209]), S. 646.

***) Schulze, 1. c. [249]), стр. 204.

****) Румянцев, 1. c. [245]), стр. 29 и след.

определенных заданий — записываются только те слова, которые имеют непосредственное отношение к слову-раздражителю, ассоциации по контрасту. Интересные результаты дает метод Ebbinghaus'a, заключающийся в заполнении пробелов или пропусков в предлагаемом исследуемому тексте; предлагается текст с пропущенными отдельными словами, парами слов, пропусками более или менее трудными для заполнения, более или менее частыми (табл. XXXI, XXXII, XXXIII атласа Рыбакова).

Течение ассоциативного процесса исследуется также при помощи действий над числами — сложения, умножения, вычитания и деления, письменных и устных; сосредоточению внимания, необходимому при всех вообще исследованиях, при сложных действиях над числами, принадлежит важное значение.

Чрезвычайно серьезному испытанию подвергается ассоциативная способность, в смысле легкости, быстроты и богатства течения ассоциаций при заданиях, требующих проявления сообразительности, т. е., участие творчества и воображения. Сюда относится в значительной степени метод Ebbinghaus'a — заполнения пропусков. Также предлагают исследуемому заполнять пропущенные буквы в словах. Сюда же относится изучение т. наз. комбинаторной способности, т. е., способности составлять из данных элементов посредством их сопоставления определенное задание, напр., из расставленных в беспорядке букв составить слово (р-у-о-т = утро, о-о-а-ж-д-к-р = дорожка), из данных отрезков составить геометрическую фигуру, данную фигуру разрезать прямою так, чтобы из полученных отрезков можно было образовать квадрат. Хорошие примеры для этого рода исследований приводятся в атласе Рыбакова (табл. XXXVIII—XLI) и у Россолимо[240]).

Вниманию исследуемого предлагают ряд картинок, изображающих отдельные эпизоды какого-нибудь события, рассказа, и просят его связать эти эпизоды в одно связное целое и высказать свое суждение (табл. XXXIV—XXXVII атласа Рыбакова).

Для исследования воображения в более чистой форме можно предложить воспроизвести различные положения, в которых бывал исследуемый, напр., путешествие, охота, рыбная ловля, зрительный зал театра, заутреня и т. под. Предлагают составить фразы из данных слов, развить тему на заданные слова и фразы; вместо развития темы на данное слово или фразу, можно, по примеру Leclere, Binet, развивать тему на какой-либо показанный предмет. Для изучения т. наз. воспроизводящего воображения предлагают представить целое изображение или картину по данным наводящим штрихам. Хорошие примеры для указанных исследований даны в XLII—XLIX табл. атласа Рыбакова, у Россолимо [246]), у Бехтерева и Владычко[261]).

Наконец, Рыбаков для исследования фантазии предлагает две таблицы (L—LI) черных пятен причудливой формы; исследуемый должен высказаться, что напоминают ему эти пятна, какую фигуру или картину. Для этой цели могут оказаться пригодными причудливые формы и очертания облаков на фоне ясного неба, теневые фигуры из жженой бумаги.

Значительные трудности представляет экспериментальное исследование эмоциональных процессов, исследование настроения и аффектов. До настоящего времени главное значение в этой области принадлежит наблюдению за исследуемым лицом и расспросам его самого и окружающих близких ему лиц относительно его реакции на различные явления и события его собственной и общественной жизни. Расспросы должны вестись в таком направлении, они должны касаться таких сторон жизни, таких эпизодов ее и отношений, выяснение которых обрисовало бы нам эмоциональную личность исследуемого лица.

Исследование должно быть направлено на изучение настроения, его преобладающего характера, устойчивости и изменчивости в связи с различными условиями, проявления раздражительности, вспыльчивости, гневливости, страха и других эмоциональных состояний; должны быть изучены различные интересы исследуемого и его чувственная реакция, развивающаяся в непосредственной связи с этими интересами; чувственная реакция по отношению к низшим органическим потребностям (голод, половое чувство, сон), размеры эгоистических проявлений самолюбия и его оттенков и вообще состояний и черт характера, связанных с оценкой собственной личности. Исследование альтруистических чувствований, по отношению к родным, близким, посторонним лицам, реакция на их горе, радости, удачи; общественные чувствования в узких и более широких размерах (реакция на общественные события различной важности и свойства). Степень развития высших чувствований, как чувство эстетическое, этическое, религиозное, интеллектуальное.

Лабораторный опыт дает очень немного в рассматриваемой области. Так, при исследовании болевых ощущений можно наблюдать развитие чувства страха, при исследовании обонятельных и вкусовых ощущений развитие приятных и неприятных чувствований, приблизительную легкость их развития и степень их проявления. Можно ввести в опыт элемент неожиданности, напр., вызывая испуг сильным, внезапным звуком[224]). Хорошим критерием могут служить сочинения и особенно дневники исследуемых лиц, часто отражающие их переживания. Можно привлекать внимание исследуемого картинами, рассказами и беседами, действующими на эмоциональную сферу, и следить за результатами этого действия. Конечно, при всех этих опытах весьма существенное значение принадлежит показаниям самого исследуемого лица о собственных переживаниях, т.е., приходится неизбежно пользоваться методом самонаблюдения, однако, имеются и об'ективные данные, по которым можно судить о характере переживаемых эмоций. Сюда относятся прежде всего так называемые выразительные движения, мимика и жестикуляция, о которых подробнее говорилось выше, когда речь шла об аффективных состояниях. Выразительные движения отмечаются исследователем, могут быть описаны до мелочей, сфотографированы, частью записаны при

помощи аппарата Sommer'a[262]), изображающего графически движения лобных мышц (аппарат основан на передаче движения лобных мышц барабанчику Marey'я).

Кроме того, наблюдению исследователя доступны соответствующие изменения кровенаполнения кожных покровов. Наконец, исследователем могут быть записаны кривыя пульса, движений сердца, дыхательные движения; могут быть записаны плетизмографические кривыя; посредством аппаратов Pal'я, Pachon'a и нек. др. может быть отмечено состояние кровяного давления у исследуемого лица; могут быть сняты электрокардиограммы. Правда, все последние признаки в громадном большинстве случаев не дают точного представления о характере переживаемых эмоций, однако, они устанавливают с несомненностью наличность эмоционального состояния и время его развития, что весьма важно с точки зрения об'ективной методики; в сочетании же с записью выразительных движений важность указанных признаков приобретает особенно ценное значение.

При богатой лабораторной обстановке может быть введена грамофонная запись речи исследуемого, передающая все ее оттенки. Пользуясь изобретением д-ра И. Н. Спиртова [263]), можно записывать речь на значительном расстоянии, напр., из другой комнаты, без ведома исследуемого лица; при этом устраняется момент, обычно развлекающий исследуемое лицо и сильно препятствующий своим видом и шумом спокойному течению исследования.

Для целей исследования способности сосредоточения внимания предложено довольно много методов; они часто совпадают с методами изучения работоспособности и утомляемости.

Исследуемому лицу предлагают сосчитывать разноцветные кружки различной величины, нарисованные в беспорядочных сочетаниях в шести квадратах; число кружков возрастает от первого к шестому квадрату, сосчитывание ведется последовательно от первого квадрата к шестому, исследуемый не должен прикасаться к кружкам пальцем или карандашем, следя за считаемыми кружками только посредством глаз (Бернштейн [264])). В атласе Рыбакова одинаковой величины кружки расположены в пяти секторах круга, от 12—63 кружков в каждом, —кружки каждого сектора различаются по цвету и числу (табл. IX).

В буквенных рядах, состоящих из беспорядочно расположенных гласных и согласных букв, предлагают зачеркивать вертикальным штрихом или подчеркивать одну, две, три или более букв; обращается внимание на быстроту и точность выполнения работы; предлагают сосчитывать, сколько раз та или другая буква повторяется в каждых пяти строках данных рядов, при чем число повторений каждой буквы исследователю известно заранее (табл. X атласа Рыбакова); некоторые авторы [244]) предпочитают заменять буквенные ряды более или менее монотонными значками, напр., мелкими квадратиками, из которых каждый снабжен хвостиком, отходящим от одного из углов или от одной из сторон перпендикулярно к ней.

Известен т. наз. корректурный метод, заключающийся в предложении исследуемому лицу исправления текста, отпечатанного с преднамеренными ошибками.

Для исследования внимания с выбором можно с удобством пользоваться табл. XI атласа Рыбакова; в этой таблице в кругу, периферия которого обрисована черными кружками, расположены в беспорядке белые, зеленые, синие и красные кружки; задача исследуемого заключается в сосчитывании одноцветных кружков, что требует немалого напряжения внимания, отвлекаемого кружками других цветов. Этой же цели могут служить уже упомянутые группы кружков Бернштейна, при пользовании которыми можно обращать внимание не только на цвет, но и на размеры кружков. Россолимо [246]) предлагает карточки с разбросанными на них крестиками и кружками, исследуемое лицо должно прокалывать иглой крестики или кружки, не делая пропусков.

Для выяснения способности внимания к раздвоению[*]) можно рекомендовать табл. XII атласа Рыбакова; таблица состоит из шести рядов кружков и крестиков; исследуемый должен производить вслух одновременный подсчет кружков и крестиков каждого ряда. Той же цели, но в более широких размерах, служит табл. XIII, состоящая из трех двойных рядов разноцветных кружков; в первом ряду кружки двух цветов, во втором — трех, в третьем — четырех; исследуемый должен вести одновременно счет кружков разного цвета каждого ряда. В этом опыте, помимо выяснения способности расчленения внимания, выясняется и об'ем внимания данного лица; счет кружков третьего двойного ряда представляется далеко не легкой для выполнения задачей. Довольно сложной для выполнения задачей может явиться требование одновременного прибавления к трем данным числам по 1, 2, 3 или к первому числу одной единицы, ко второму двух, к третьему трех; обращается внимание на скорость и правильность выполнения задачи (Binet[265])); сложение можно заменить вычитанием. Эти задачи также направлены на выяснение об'ема внимания.

Для исследования об'ема внимания пользуются тахистоскопической экспозицией рядов букв, слогов, геометрических фигурок; экспозиция кратковременна, продолжается 0,01 секунды; показателем об'ема внимания является число воспринятых элементов. Об'ема внимания по отношению к временным представлениям определяется посредством рядов однообразных звуковых раздражений; такими раздражениями служат удары маятника или метронома; исследуемое лицо не должно считать отдельных

---

[*]) Термин раздвоения внимания не вполне соответствует существу рассматриваемого психического процесса, так как при описываемом опыте внимание скорее переходит с одного предмета на другой; однако, при этом вряд ли правильно совершенно исключить расчленение внимания, так как предшествующее впечатление до известной степени продолжает сохраняться в его поле.

ударов, а должно сравнивать величину рядов ударов, воспринимая ряды, как целое; для успешного результата описываемый метод требует известного упражнения.

Изучению подлежит способность более или менее точно примечать окружающие явления, подмечать их подробности и характерные черты; это свойство душевной деятельности известно под названием наблюдательности.

Для исследования наблюдательности служат уже упоминавшиеся выше таблицы с изображениями одних и тех же предметов, но отличающихся некоторыми подробностями, напр., изображения циферблата с различным положением стрелок, весов с различным положением их чашек, кувшина с закрытой и открытой крышкой и т. под. Сначала, конечно, показывается одна таблица, а затем другая (табл. XIV и XV атласа Рыбакова). Исследуемому лицу показывается в течение некоторого небольшого времени картина, а затем задается ряд вопросов, касающихся положения и взаимоотношения предметов, изображенных на показанной картине. В качестве образцов для этого метода можно пользоваться табл. LV и LVI атласа Рыбакова. Далее, исследуемому лицу предлагают ряд картинок с изображением пейзажа, бытовой сцены и т. д.; картинки составлены так, что каждая последующая отличается от предшествующей новой деталью — в картинке что-нибудь прибавляется или убавляется; картинки показываются одна за другой, но каждый раз показывается одна картинка, а не две сразу, так что сравнение с предыдущей происходит по памяти. Для образца могут служить серии рисунков, предлагаемых Бехтеревым и Владычко [261]).

Подходящим материалом для исследования наблюдательности в связи со способностью интенсивного сосредоточения внимания являются т. наз. загадочные картинки. Можно также пользоваться картинками, в содержание которых введено какое-либо несоответствие; указания на примерное содержание таких картинок, а отчасти и самые картинки, можно найти в сочинениях и таблицах Россолимо [246]) и Бернштейна [264]). Еще лучше серии картинок, в которых для точного определения их содержания необходимо обратить внимание на какой-нибудь признак, не сразу бросающийся в глаза. Описание таких картинок приводится Россолимо, имеются коллекции Нечаева; требуется, напр., определить, идет ли изображенный пароход, или нет; чем отличаются один от другого два изображенных предмета; есть ли известный порядок в расположении точек и т. под.

Применяется ряд приемов, направленных на изучение двигательных проявлений исследуемого лица. Приемы эти следующие: просят исследуемое лицо считать привычным темпом в течение 30 сек. от 20—99 (для равномерности счета исключаются числительные первого десятка); просят те же цифры писать карандашем; писать одну и ту же букву; ставить точки в течение 5—10 сек. Та же серия опытов повторяется, при чем рекомендуется считать, писать и ставить точки с наибольшей скоростью, доступной исследуемому лицу. Отношение количества работы, произведенной в обоих случаях, явится показателем быстроты движений данного лица[*]).

Если вместо того, чтобы ставить точки на бумаге, предложить исследуемому лицу производить замыкания и размыкания клавишей телеграфного ключа, то при помощи сигнального аппарата ритм движений может быть отмечен на ленте кимографа. Для целей записи движений можно воспользоваться эргографом Mosso, а для более тонкого анализа движений аппаратом Sommer'a [266]), отмечающим движение пальца в трех направлениях.

Уверенность, точность, координированное движений изучается целым рядом способов, применяемых в особенно широких размерах при лечении атаксии спинносухоточных по методу Frenkel'я [267]). Напр., можно предложить исследуемому лицу более или менее быстро прикасаться тонкой палочкой к точкам, рассеянным по доске; можно предложить копировать различные более или менее сложные узоры из кривых и ломаных линий, чертить правой и левой рукой одну и ту же фигуру (Методы экспериментального исследования личности[**]) и табл. LVII атласа Рыбакова).

Применяя описанную методику, можно составить довольно удовлетворительное представление об экспериментально-психологической личности исследуемого лица, на сколько вообще такое представление может быть достигнуто путем лабораторного эксперимента. Применение указанной методики связано с пользованием пособиями, на важнейшие из которых сделаны ссылки. Однако, как уже было сказано выше, исключительно экспериментально-психологическое исследование далеко не в состоянии дать в настоящее время полного представления о личности; необходимо наблюдение и суб'ективно-психологическое исследование, проведенное по определенной программе. В качестве образца такой программы привожу программу исследования личности, составленную А. Ф. Лазурским [268]). Программа эта состоит из руководящей и об'яснительной частей (план исследования и его осуществление), представляется весьма полной и может быть, несколько видоизменяема в деталях и даже сокращаема, соответственно индивидуальным особенностям данного лица.

---

[*]) Румянцев и др., 1. с. [245]), стр. 69—71.
[**]) Румянцев и др., 1. с. [245]). 174

Программа исследования личности
(А. Ф. Лазурский)

Часть 1-я (руководящая).

I. Внимание. Привлекаемость внимания. Сосредоточенность (resp. отвлекаемость) внимания. Преобладание пассивного или активного внимания. Его устойчивость или неустойчивость. Об'ем внимания.

II. Ощущения, восприятия. Острота восприятий. Обилие и богатство восприятий. Их точность.

III. Память. Запоминание. Способность узнавания. Сохранение в памяти, воспроизведение. Точность воспроизведения. Виды памяти.

IV. Воображение. Богатство воображения; яркость, отчетливость воспроизведенных образов. Типы умственных образов. Степень развития творческого (комбинирующего) воображения. Виды творческого воображения.

V. Мышление. Способность к отвлечению. Широта или узость понятий. Суб'ективность или об'ективность суждений. Способность логически рассуждать. Склонность к синтезу. Склонность к анализу.

VI. Речь. Обилие словесных образов. Преобладающий тип их. Легкость сочетания словесных образов.

VII. Общие особенности умственной сферы. Преобладание сознательных или бессознательных процессов. Преобладание внутренних восприятий над внешними и обратно. Преобладание ассоциации и апперцепции. Обилие или бедность запаса представлений. Наличность или отсутствие направляющих идей в умственной сфере. Быстрота или медленность умственных процессов. Умственная работоспособность. Умственная упражняемость.

VIII. Настроение и аффекты. Преобладающее настроение. Постоянство или изменчивость настроения. Способность испытывать радость или горе. Наклонность к гневу. Наклонность к страху или ее отсутствие. Наклонность к испугу.

IX. Чувства, относящиеся к собственной личности. Низшие органические чувства. Забота о благосостоянии своей личности (эгоизм). Забота о своем превосходстве над другими (самолюбие). Чувства, связанные с оценкой собственной личности.

X. Чувства по отношению к другим людям. Родственные привязанности. Чувства симпатии. Общественные чувства.

XI. Высшие идейные чувства. Интеллектуальное чувство. Эстетическое чувство. Нравственное чувство. Религиозное чувство.

XII. Общие особенности эмоциональной сферы. Возбудимость чувствований. Сила, интенсивность чувствований. Продолжительность, устойчивость чувствований. Обилие или бедность внешних проявлений чувства. Влияние чувств на умственные и волевые процессы.

XIII. Движение. Обилие или бедность движений. Быстрота или медленность движений. Координация сложных движений; двигательная упражняемость. Сила (resp. слабость) движений; мускульная работоспособность.

XIV. Психическая активность. Волевое усилие. Сила или слабость желаний и влечений. Общее развитие психической активности. Способность к сосредоточению волевого усилия. Большая или меньшая продолжительность волевого Усилия. Способность задержки. Сопротивляемость внешним влияниям.

XV. Принятие решений. Процесс выбора. Преобладающие мотивы деятельности. Наклонность к борьбе мотивов. Быстрота принятия решений. Устойчивость или неустойчивость принятых решений. Наличность руководящих идей и стремлений. Систематичность сложных действий.

Часть 2-я (об'яснительная).

I. Внимание.

1. Привлекаем ость внимания. Всякая перемена в окружающей обстановке, все необычное, выдающееся, а также все, что сколько-нибудь затрагивает его чувства и интересы, тотчас же привлекает его внимание. Или же, наоборот, ко всему относится одинаково рассеянно и невнимательно, не способен остановиться подольше на чем бы то ни было.

2. Сила сосредоточения внимания; отвлекаемость внимания. Сосредоточившись на каких-нибудь внешних впечатлениях (читая, слушая, рассматривая что-нибудь, работая) или углубившись в свои собственные мысли, совершенно не замечает окружающего; чтобы отвлечь его, нужно несколько раз назвать по имени, тронуть за плечо и проч. Или наоборот: ничтожное неудобство, помеха, громкий разговор тотчас же развлекает.

3. Преобладание пассивного или активного внимания. Внимание обычно сосредоточивается на тех впечатлениях, которые в данный момент представляются наиболее яркими и интенсивными, почему-либо поражают его, вызывают в нем то или иное чувство. Или же, наоборот, поставивши себе целью проследить какой-нибудь об'ект или явление, продолжает внимательно наблюдать его, несмотря на появление других

раздражителей, более интенсивных и привлекательных; в случае надобности, может сосредоточить внимание даже на скучном и неприятном предмете.

4. Устойчивость или неустойчивость внимания. Долгое время может заниматься одним и тем же предметом, поддерживать разговор на одну и ту же тему. Или, наоборот, беспрестанно меняет тему разговора, спросивши что-нибудь, не дослушивает об'яснение и задает уже новый, посторонний вопрос.

5. Об'ем внимания (широта или узость его). Может ли заниматься несколькими делами одновременно, напр., выполнять сложную ручную работу, писать, рисовать, и в то же время слушать чтение, участвовать, в интересном разговоре; или заниматься подробностями дела и одновременно не упускать из вида общего плана его.

II. Ощущения, восприятия.

6. Острота восприятий. Способность улавливать самые тонкие и малозаметные разницы между отдельными ощущениями.

Количественная сторона. В сумерках и темной ночью хорошо видит, распознает самые мелкие звезды на небе, свободно разбирает мелкую печать. Улавливает самый незначительный шорох, чрезвычайно слабые и отдаленные звуки. Ясно и отчетливо различает самые слабые прикосновения, запахи и т. д.

Качественная сторона. Хорошо подбирает цвета, различая тончайшие их оттенки. Обладает музыкальным слухом, способностью улавливать разницу между самыми близкими тонами. Тонко распознает различные запахи (напр., разные духи).

Не замечается ли преобладания одного какого-нибудь рода ощущений над всеми остальными.

7. Обилие и богатство восприятий. Наблюдателен по отношению ко всему, что возле него происходит; попавши в новую обстановку, быстро подмечает и может передать значительное количество деталей. Другой тип: при обычных условиях мало замечает окружающее, так как не обращает на него внимания; когда же начинает рассматривать что-нибудь, то ни одна мелочь не ускользнет от его внимания; чрезвычайно подробно изучает все, за что ни возьмется. При передаче воспринятого сосредоточивается, главным образом, на перечислении подробностей, или же об'единяет отдельные впечатления в одну общую картину, или же, наконец, останавливается преимущественно на том, что возбуждает у него те или иные эмоции (типы восприятия).

8. Точность восприятий. Все его наблюдения, описания и рассказы о только-что виденном или слышанном вполне соответствуют действительности; как отдельные подробности событий, так и их взаимные отношения переданы совершенно точно. Или же все его описания, даже при внимательном отношении к предмету, полны ошибок, неточностей и пробелов.

III. Память.

9. Запоминание. Хорошо запоминает предметы, лица, события, разговоры, хотя бы только один раз виденные и слышанные. Легко и быстро заучивает самые длинные стихотворения и прозаические отрывки. В короткое время может усвоить во всех подробностях рисунок или описание сложного прибора, здания, местности.

10. Способность узнавания. Легко узнает все то, что когда-нибудь видел, слышал или читал (лица, предметы, местности, музыкальные произведения, стихотворные отрывки и т. д.). Точно и правильно различает все старое, знакомое от нового, незнакомого. Всякий раз может точно определить, когда и при каких обстоятельствах видел данный предмет или данного человека (локализация в прошлом). Или же не узнает даже тех людей, с которыми несколько раз встретился и разговаривал, плохо ориентируется в местности, в которой уже несколько раз побывал раньше.

11. Сохранение в памяти; воспроизведение. То, что раз видел или усвоил, сохраняется в памяти очень долго; по прошествии многих дней, месяцев, даже лет помнит все подробности событий почти так же хорошо, как помнил их на другой день: в случае надобности или когда сам этого захочет, тотчас же припоминает все, что нужно. Или же все впечатления быстро изглаживаются из памяти, воспоминания очень бедны, отрывочны и неполны; воспроизведение совершается с большим трудом, приходится справляться с записной книжкой, спрашивать окружающих и т. п.: только в том случае может припомнить все подробности какого-нибудь (не особенно важного) происшествия, когда окружающая обстановка, разговоры и его собственное настроение напоминают ему о случившемся.

12. Точность воспроизведения. При чтении наизусть стихотворений, при пересказе прочтенного делает очень мало ошибок. Припоминая какое-нибудь событие, описывает совершенно правильно все те (хотя бы и очень немногие) подробности, которые сохранились в его воспоминании. Или же число ошибок очень велико, виденные ранее события передает (даже при самом добросовестном отношении к делу) очень неточно, часто перепутывает подробности, перемешивает лица, делает собственные вставки и т. д.

13. Виды памяти. Насколько развиты различные виды памяти: память на числа, имена, отдельные, отрывочные фразы, мелодии; память на стихотворные и прозаические отрывки; память на лица, картины, пейзажи; память на чертежи, схемы, планы, местности, хронологическую последовательность событий, память на отвлеченные понятия, мысли, рассуждения и т. д. Не преобладает ли один из этих видов памяти над другими. Что запоминается лучше: содержание воспринимаемых впечатлений или их соотношение (память материальная и формальная)?

IV. Воображение.

14. Богатство воображения; яркость, отчетливость воспроизведенных образов. Все создания его

воображения (мечты, сновидения, классные сочинения, рассказы) изобилуют богатством подробностей, образов, сравнений и т. п.; или же, наоборот, они отличаются крайней несложностью, бедностью и примитивностью. Образы фантазии до того ярки и отчетливы, что может рассказать или зарисовать их со всеми деталями; иногда они доходят до такой живости и определенности, что в своих воспоминаниях или рассуждениях смешивают их с действительностью (одна из частых причин лжи у детей); или же они бледны, неясны и неопределенны, с трудом поддаются описанию и передаче.

15. Типы умственных образов (зрительный, слуховой, моторный и смешанные). Во всех его воспоминаниях, мечтах и сновидениях преобладают зрительные образы; очень подробно и точно может описать их цвет, форму и положение. Обладает способностью к живописи. Или же преобладают слуховые образы (способность к музыке) и воспоминания о движениях.

16. Степень развития творческого (комбинирующего) воображения. В своих суждениях и поступках не ограничивается подражанием другим, а всегда вносит нечто свое, незаимствованное. Высказываемые мысли часто бывают новы, оригинальны, непохожи на все прежние. Изобретателен, находчив, из всякого трудного положения способен найти выход. По нескольким данным намекам или образам легко создает стройную гипотезу, удачный проект, полную и яркую картину какой-нибудь местности, происшествия и т. д. Или же, наоборот, его мысли и суждения шаблонны, являются повторением общеизвестных истин; его поступки подражательны, неоригинальны; неспособен ни к одному из видов творчества (см. следующее).

17. Виды творческого воображения. Преобладание способности к одному какому-нибудь роду творчества: художественные дарования — в области литературы, музыки, живописи, скульптуры и т. д.; способность к научному (абстрактному) творчеству, т.е., к изобретению новых методов и построению гипотез; творчество в области социальной жизни, хозяйственной и техническо-промышленной деятельности (способность к организации новых предприятий, к различным хозяйственным улучшениям, техническим изобретениям и усовершенствованиям).

V. Мышление.

18. Способность к отвлечению (абстрактность мышления, образование общих мышлений и понятий). Всегда занят какими-нибудь общими вопросами. Каждое отдельное явление природы или факт общественной жизни умеет обобщить, отыскавши в нем черты, общие для целого класса явлений. Может дать более или менее точное определение различным отвлеченным понятиям (напр., наука, справедливость, равновесие). Наклонность к занятию отвлеченными науками: математикой, философией. Противоположные качества (конкретность, образность мышления): каждое явление интересует его само по себе, без всякого отношения ко всему остальному. Каждый отдельный факт всегда представляет себе образно, конкретно, со всеми подробностями. Отвлеченные мысли и рассуждения старается для ясности иллюстрировать примерами, схемами и рисунками.

19. Широта или узость понятий. Все его наблюдения и взгляды отличаются значительной узостью и односторонностью. Педант и формалист, из-за частностей не видит главного, из-за средств забывает о цели. Наклонность к мелочной специализации. Или же обладает широким кругозором, способностью понимать и оценивать самые разнообразные и противоположные явления.

20. Суб'ективность или об'ективность суждений. В своих суждениях о предметах, людях и событиях передает, главным образом, то впечатление, которое они на него произвели (преобладание эмоциональных суждений). Оценивает их значение всегда с точки зрения своих собственных взглядов, не будучи способен встать на чужую точку зрения. Или же рассматривать их вполне об'ективно (пример: противоположность между художественным и научным отношением к об'екту). В спорах и разговорах старается только высказать и развить собственные мысли или же, наоборот, внимательно следить за чужими возражениями, стараясь в них разобраться.

21. Способность логически рассуждать (построение цепи суждений и умозаключений). По поводу сколько-нибудь значительного факта начинает рассуждать, сопоставляет его с другими и делает выводы (не смешивать с резонерством, когда человек просто любит повторять чужие, заимствованные мысли и суждения). В области, ему хорошо знакомой, очень дальновиден: задолго вперед может рассчитать все возможные комбинации и предсказать вероятные последствия данного поступка; на его суждения можно положиться, так как они всегда достаточно обоснованы. В своих рассуждениях очень отчетлив, последователен и систематичен. Обладает способностями к формальной логике, математике и т. п. Или же, наоборот, его мысли и суждения смутны, неясны и разбросанны; совершенно не способен рассуждать, не в состоянии понять самой простой мысли, не замечает вопиющих противоречий в своих суждениях.

22. Склонность к синтезу. Постоянно стремится об'единить отдельные впечатления, вывести общие заключения из каждого отдельного случая. В спорах или во время разговора быстро схватывает главную суть дела, при чтении всегда старается выяснить себе основные мысли прочитанного. Рассказывая о чем-нибудь, не довольствуется простым пересказом событий, а старается передать их внутреннюю, причинную связь. При изучении какого-нибудь сложного явления или происшествия н выяснения причин его охотнее исходит из общих соображений, законов природы и т. п., чем из изучения отдельных фактических данных (дедуктивный способ мышления).

23. Склонность к анализу. Знакомясь с каким-нибудь сложным об'ектом (научная проблема, явление природы, практическое приобретение), интересуется не столько целым, сколько деталями, отдельными его

сторонами. Способен подолгу просиживать над изучением какого-нибудь растения, препарата, памятника старины, произведения искусства, тщательно изучая отдельные его части и их взаимные отношения. Делает выводы только тогда, когда собрано достаточно фактов; вообще, в своих рассуждениях придерживается фактических данных (все равно, будут ли это собственные наблюдения или сведения, полученные из книг) и старается не слишком удаляться от них (индуктивный способ мышления).

VI. Речь.

24. Обилие словесных образов (богатство речи). Обыкновенно не чувствует недостатка в словах и выражениях. Для каждого предмета, для каждой мысли у него тотчас имеется целый ряд слов, названий, готовых фраз и оборотов речи. Охотно дает клички и прозвища, нередко очень меткие и удачные. Или же речь бедна, в ней часто повторяются одни и те же слова и обороты.

25. Преобладающий тип словесных образов (зрительный, слуховой, моторный и смешанные). Каким образом охотнее читает и заучивает, про себя или вслух? Каким образом охотнее заучивает, по книге или с чужих слов? Если по книге, то заучивает ли молча, следя только глазами, или же повторяет слова про себя? Может ли указать, на каком месте страницы находится цитированное им слово или фраза? Что больше сохраняется в памяти: строки, буквы, печатный шрифт или звуки, рифмы?

26. Легкость сочетания словесных образов. Речь льется плавно, связно и свободно, без всяких задержек; легко и быстро пишет письма, сочинения и т. п.; или же с трудом подбирает нужные слова и выражения, речь и письмо изобилуют тяжелыми, неуклюжими оборотами, каждую фразу по несколько раз исправляет и переделывает. Если обладает даром слова, то говорит и пишет просто и без'искусственно (хотя бы и очень ясно и выразительно); или же речь красива, периоды стройны и закончены, свободно владеет стихом и т. д. Всегда ли говорит одинаково связно и красноречиво, или же красноречие является у него только в необычные минуты, под влиянием сильного возбуждения, эмоции и т. п.

VII. Общие особенности умственной сферы.

27. Преобладание сознательных или бессознательных процессов. Рассказывая о событии из своей жизни, подробно описывает, что он думал и чувствовал в это время. Способен к самонаблюдению, к точному описанию н анализу своих внутренних переживаний (напр., во время психологического эксперимента). Или заметно преобладание бессознательных процессов. Не может сказать, каким путем он дошел до известной мысли, заключения. Не может доказать своего мнения фактами, но “чувствует”, что он прав. “Инстинктивно” догадывается, в чем сущность данного вопроса. Самые удачные мысли приходят в голову невзначай, как бы случайно, во время прогулки, постороннего разговора и т. п.: воспоминания сами собой “всплывают”, когда о них не думает. Сам не может хорошенько разобраться в своих желаниях и стремлениях, симпатиях и антипатиях; часто сам не может назвать причины, заставившей его рассердиться, обрадоваться и проч.

28. Преобладание внутренних восприятий над внешними и обратно. Внешние восприятия являются только поводом к возникновению Длинного ряда мыслей, которые и овладевают всецело его вниманием. Часто, углубившись в свои собственные мысли, плохо слушает то, что ему говорит собеседник. Любит тишину и уединение, позволяющие ему свободно предаваться своим занятиям, мечтам и воспоминаниям. Склонен мечтать, строить воздушные замки, составлять фантастические гипотезы и неосуществимые проекты. Или же любит шумную, пеструю, разнообразную обстановку, которая давала бы много внешних впечатлений и не оставляла бы его наедине с самим собой. Реалист, с преобладанием практических тенденций. Его стремления и замыслы, даже самые широкие и отдаленные, вполне осуществимы и не заключают в себе ничего несбыточного. Его научные построения вполне оправдываются дальнейшим опытом.

29. Преобладание ассоциации или апперцепции. Рассказывая о чем-нибудь, передает подряд все виденное и слышанное, не выделяя того, что ему представлялось бы более существенным. Повторить заученное может лишь в том порядке, в каком его усвоил, иначе становится в тупик и все забывает. Заучивает (напр., уроки) не путем сознательного усвоения, а чисто механически. Или же личная (хотя бы и полусознательная) переработка преобладает над пассивным запечатлением. В учении (точно так же, как и в образе жизни, выборе занятий и проч.) не подчиняется, внешним обстоятельствам, а руководствуется своими собственными склонностями, влечениями и интересами. Его общее мировоззрение так же, как и взгляды по тому или иному частному вопросу, всегда носит на себе отпечаток его личности.

30. Обилие или бедность запаса представлений. Каждое впечатление вызывает целый ряд мыслей, воспоминаний и образов. Обладает неисчерпаемым запасом тем для разговора и большим количеством самых разнообразных сведений. Или же круг представлений очень узок и ограничен, воспоминания немногосложны.

31. Наличность или отсутствие направляющих идей в умственной сфере. Замечается ли в различных его суждениях известное единство, одна общая (руководящая мысль, или же они не имеют между собой ничего общего. Во время наблюдений всегда имеет известные руководящие задачи или точки зрения и обращает внимание только на те явления, которые соответствуют его задачам; или же часто уклоняется в сторону, забывая о цели наблюдений, теряя нить разговора, впадая в противоречие с самим собой. Наличность (resp.

отсутствие) определенных умственных интересов, постоянно направляющих его внимание в известную сторону.

32. Быстрота или медленность умственных процессов. Быстро или медленно схватывает и подмечает окружающие впечатления, быстро припоминает, соображает, отвечает на вопросы. Быстро ориентируется во всяком новом, незнакомом ему деле. Всякую привычную и не особенно трудную умственную работу может исполнить в очень короткое время. Насколько хорошо успевает рассмотреть (при нормальном зрении и достаточном сосредоточении внимания) быстро промелькнувшие пред глазами предметы: мышь, пробежавшую в углу комнаты, ряд домов, на мгновение освещенных молнией и т. д. Не замечается ли несоответствия между быстротой различных психических проявлений (напр., быстрая сообразительность или быстрота речи при общей малоподвижности и медленности движений, или же быстрота одних умственных процессов при медленности других и т. п.).

33. Умственная работоспособность. Сколько часов или минут может провести за такой работой, которая, будучи ему хорошо знакома, требует все же значительного умственного напряжения (решение задач, заучивание уроков, подготовка к серьезному экзамену). Скоро ли наступают при этом признаки утомления, — суб'ективные (чувство усталости, тяжесть и боль в голове, мелькание в глазах, невозможность сосредоточиться, неспособность соображать) и об'ективные (количественное и качественное ухудшение работы, рассеянность). Может ли долгое время работать без перерыва, или от времени до времени нуждается в отдыхе. Как часты и продолжительны должны быть эти промежутки отдыха. Сказывается ли к концу рабочего дня утомление по сравнению с утренними часами и насколько оно значительно.

34. Умственная упражняемость (привыкание). Как скоро приспособляется ко всякой новой, непривычней для него умственной работе. Когда после перерыва снова принимается за занятия, то сколько времени (минут, часов, дней) требуется для него, чтобы "втянуться" и начать работать обычным темпом.

VIII. Настроение и аффекты.

35. Преобладающее настроение. Всегда весел, доволен, радостно настроен, отличается хорошим самочувствием; далее в трудных положениях не теряет хорошего расположения духа. Или, наоборот, самочувствие большею частью плохое, настроение угнетенное, замечается общая вялость и подавленность. Или, наконец, настроение спокойное, ровное, ясное, но без особенной радости, серьезное, но без оттенка грусти.

36. Постоянство или изменчивость настроения. Несмотря ни на какие обстоятельства, настроение всегда одинаково. Или же оно легко меняется в зависимости от обстоятельств, а иногда и без всякой особенной причины. Происходит ли смена настроений быстро или медленно.

37. Способность испытывать радость и горе. Всякое приятное событие, все, что удовлетворяет его желаниям и потребностям (игры, подарки, лакомства, интересное чтение, свидание с любимыми людьми и проч.) вызывает резко выраженное состояние довольства и радостное возбуждение. Всякие же неприятности, лишения и несчастия, постигающие его самого или близких людей, сильно огорчают, заставляют плакать, тосковать, грустить. Или же, наоборот, неспособен ни к особенной радости, ни к особенному горю.

38. Наклонность к гневу. Часто сердится, раздражается. Всякие препятствия, стеснения, помехи, даже самые незначительные, возбуждают его и вызывают досаду и чувство гнева, достигающее иногда значительной силы (бешенство, ярость). Или, наоборот, добродушен, ко всему относится спокойно и снисходительно.

39. Наклонность к страху или ее отсутствие. При приближении опасности беспокоится, дрожит, бледнеет, теряется, пытается бежать или, при крайней степени страха (в состоянии ужаса), совершенно теряет способность двигаться. Противоположные качества: храбрость, смелость, хладнокровие; в присутствии опасности, вполне сознавая все, спокойно продолжает свое дело, разговаривает и т. д. Какой из видов страха преобладает: страх перед болью (побои, поранения), страх за свою жизнь, за свое имущество, за различные материальные интересы; или же боязнь за свое дело, за свою репутацию, за свои высшие, духовные интересы, за близких и уважаемых людей; или боязнь всего нового, неизвестного, страх перед будущим вообще; или, наконец, боязнь темноты, привидений, мертвецов, всего непонятного, и сверх'естественного.

40. Наклонность к испугу (в связи с общим повышением нервной возбудимости). Всякое сильное и внезапное впечатление (шум от падения чего-нибудь, выстрел из ружья, неожиданный стук в дверь, внезапное появление человека за спиной) пугает, заставляет вздрагивать и вызывает сердцебиение. Вид или прикосновение мышей, лягушек, пауков, отвратительных животных и насекомых вызывает нервную дрожь, испуг, связанный с отвращением. Или же, наоборот, ко всему этому относится совершенно спокойно и безразлично.

IX. Чувства, относящиеся к собственной личности.

41. Низшие органические чувства. Удовлетворение органических потребностей (сон, еда и др.) является одним из главных удовольствий его жизни. Обжора, лакомка, гастроном. Наклонность к злоупотреблению спиртными напитками. Сильное развитие грубых половых влечений; распутен, охотно слушает всякие сальности, рассматривает всякие непристойные рисунки. Или же, наоборот, все физические потребности очень ограничены, отличается умеренностью, трезвостью и воздержанием.

42. Забота о благосостоянии своей личности (эгоизм). Всегда заботится только о себе, о своих собственных нуждах, выгодах и удовольствиях; во всех остальных людях видит лишь средство или препятствие, для достижения своих личных целей. Жадность, корыстолюбие. Трусость, чрезмерная забота о самосохранении. Или же, наоборот, отличается бескорыстием и самоотречением, способен к великодушию и самопожертвованию.

43. Забота о своем превосходстве над другими (самолюбие). Всегда старается чем-нибудь отличиться, превзойти своих товарищей. Ищет славы, почета, высокого положения, знаков отличия, чувствителен к похвалам и порицаниям, шумному успеху или равнодушию со стороны окружающих. Тщеславен, любит рисоваться и кокетничать. Хвастлив. Обидчив. Чрезвычайно дорожит своей репутацией. Сильно развитое чувство чести и собственного достоинства.

44. Чувства, связанные с оценкой собственной личности. Сильная, непоколебимая уверенность в себе, в своих силах и способностях (физических или духовных). Смело и самоуверенно берется за самые трудные предприятия. Самомнение. Самонадеянность. Самодовольство. Властолюбив и горд, насмешливо и презрительно относится ко всем окружающим. Противоположные качества: чувство собственного бессилия и неспособности; не решается взять на себя сколько-нибудь ответственное дело. Легко приходит в смущение, замешательство. В присутствии незнакомых людей стыдится, конфузится. Наклонен к раскаянию, смирению, самоуничижению (остерегаться притворства!).

X. Чувства по отношению к другим людям.

45. Родственные привязанности. Любит своих родителей, братьев, сестер, часто вспоминает о них, пишет длинные письма, радуется свиданию с ними и т. д. Хороший, заботливый семьянин, готов для своей семьи на всякие жертвы. Родительская любовь к детям.

46. Чувство симпатии (различные виды симпатии). Любовь, влюбленность. Способен к сильной, глубокой любви, ради которой готов пожертвовать многим; или же привязанности его неглубоки и непродолжительны (хотя, может быть, и часты). Нежность, сострадательность. Ко всему слабому, бессильному (маленькие дети и животные, дряхлые старики, больные и нищие) относятся ласково и с сожалением, старается помочь всем, чем может. Добр, услужлив. Мягок, деликатен. Чуток, отзывчив. Способность к дружбе. Обнаруживает значительную привязанность к некоторым товарищам, воспитателям; делится с ними своими тайнами, старается доставлять им удовольствие. Чувство уважения. Почтительно и с уважением относится к родителям, старшим, начальству, вообще, всем тем, кого считает выше, умнее или лучше себя. Рассказы о великих людях и чтение их биографий производят на него глубокое впечатление.

Противоположные качества: холодность, жестокость, бессердечие. Желание причинить другим страдание (охотно дразнит детей, мучит животных). Мстительность, злопамятство. Зависть, злорадство. Способность к ненависти. Едкость, язвительность в разговорах. Наклонность к ссорам и дракам. Дерзость, грубость, нахальство.

47. Общественные чувства. Радушие, гостеприимство. Сильно развитое чувство товарищества. Стремление устраивать сообща различные предприятия; Стремление направлять свою деятельность на пользу общества, государства, человечества.

XI. Высшие идейные чувствования.

48. Интеллектуальное чувство. Умственная работа, если только не слишком утомительна, сама по себе доставляет ему удовольствие. Охотно читает серьезные книжки, интересуется различными чисто теоретическими вопросами. Успешное решение трудной задачи очень радует его, независимо от каких-либо побочных соображений (самолюбия, расчета и т.д.). Способен увлекаться широкими научными обобщениями и теориями.

49. Эстетическое чувство (различные его виды). Чувство красоты. Любит все красивое, изящное: чистые, приятные звуки, мелодии и аккорды (пение, игра на инструментах), красивые сочетания цветов (живопись, зеленеющие поля и леса, голубое небо), плавные, мерные движения и т. д. Одевается изящно, со вкусом. Умеет составлять букеты, красивые декорация. Питает отвращение ко всему безобразному, некрасивому. Или же совершенно лишен чувства красоты, ему нравятся пестрые, безвкусные сочетания цветов, оглушающий шум и стук и проч.

Содержание в искусстве. Нравится все полезное, целесообразное: чистота и порядок в комнате; стройно и правильно действующая (хотя бы и не изящная) машина, пароход, поезд железной дороги; правильное, симметричное расположение частей в утвари, зданиях и орнаментах. Или же красоту и изящество предпочитает пользе, любит изящные безделушки, поэтические, хотя и нецелесообразные постройки и сооружении (парусный корабль, старая, покривившаяся избушка в лесу), в произведениях искусства ищет преимущественно интересных похождений, сильно волнующих сцен, различных идей общего характера и т.д. Чувство высокого. Любит все возвышенное и грандиозное: волнующееся море, водопады, сильные грозы, голые скалы. Зачитывается рассказами о героях, обладавших огромной физической силой, о грандиозных сражениях и знаменитых полководцах, или о нравственном героизме, о христианских мучениках, миссионерах, самоотверженных поступках. Чувство смешного. Любит шутки, остроты, юмористические рассказы, каррикатуры, водевили и т. п.

50. Нравственное чувство (степень развития и характер проявлений). Большее или меньшее развитие известных нравственных принципов, руководящих его поведением. Ко всему, что он считает хорошим и нравственным, относится сочувственно, всякий же дурной, безнравственный поступок вызывает в нем

отвращение, сожаление или негодование. Поступивши дурно, чувствует затем угрызения совести.

Проявления нравственного чувства: честен, правдив, откровенен, справедлив, добросовестно исполняет то, что считает своим долгом, верен раз данному обещанию, твердо держит свое слово. Отношение к различным общепринятым обычаям и приличиям: вежлив, аккуратен, умеет хорошо держать себя в обществе и на улице, опрятен и т. д. Противоположные качества: наклонность к обману, лести, хитрости, воровству, постоянные шалости, даже в самые серьезные и торжественные минуты, неопрятность, нечистоплотность.

51. Религиозное чувство (степень развития и характер проявлений). Существуют ли у него какие-нибудь (более или менее сложившиеся) религиозные воззрения, влияющие на его поступки и поведение. Насколько сильно это влияние. Прибегает ли к религии в критические моменты своей жизни (во время несчастий, перед началом трудного и опасного предприятия). Проявление религиозного чувства: часто и горячо молится, охотно читает священные книги и беседует о вопросах веры и религии. Отношение к обрядовой стороне религии: частое хождение в церковь, строгое соблюдение постов и различных других обрядности.

XII. Общие особенности эмоциональной сферы.

52. Возбудимость чувствований. Всевозможные чувства и волнения возникают очень легко: достаточно малейшего повода, чтобы их вызвать. Постоянно волнуется, кипятится. Легко приходит в состояние восторга, гнева (вспыльчивость), угнетения, смущения и замешательства и т. п. Всякое необычное, неожиданное происшествие сильно поражает его. При виде нового, невиданного зрелища приходит в сильное возбуждение, поминутно оборачивается во все стороны, испускает удивленные возгласы и пр. Или же, наоборот, ко всему относится одинаково равнодушно, очень трудно его рассердить, удивить, обрадовать или смутить чем бы то ни было (не смешивать с бедностью или задержкой внешних проявлений — см. ниже). Или, наконец, одни чувства (resp. аффекты) представляются у него сравнительно легко возбудимыми, тогда как другие возникают с гораздо большим трудом.

53. Сила, интенсивность чувствований. Достигают ли некоторые чувства и эффекты (напр., радость, печаль, гнев, самолюбие, сострадание, религиозное чувство и др.) когда-нибудь такой силы и глубины, чтобы потрясти весь его организм, изменить хотя бы на время все его поведение или побудить его на необычайные, из ряда вон выходящие поступки? Способен ли увлечься какой-нибудь работой, предприятием и т. п. настолько, чтобы в течение некоторого времени всецело отдаться им, не думая больше ни о чем другом? Или же, наоборот, все его чувства слабы и поверхностны?

54.. Продолжительность, устойчивость чувствований. Раз возникшее чувство не скоро успокаивается, даже если причина, его вызвавшая, уже давно исчезла; спустя долгое время достаточно малейшего повода или напоминания, чтобы прежнее чувство возобновилось в полной силе. Или же, наоборот, всякое, даже сильное чувство быстро ослабевает и прекращается, хотя бы вызвавшая его причина не перестала действовать.

55. Обилие или бедность внешних проявлений чувства. Каждое сколько-нибудь значительное чувство сопровождается обильными и разнообразными физиологическими проявлениями: краснеет или бледнеет, плачет или громко смеется, оживленно жестикулирует, голос делается чересчур громким или, наоборот, слабым и беззвучным, дыхание учащено, сердце сильно бьется; в состоянии аффекта общителен, много говорит, обо всех своих чувствах всем рассказывает. Или же чувства обнаруживаются сравнительно немногими, но очень резкими и интенсивными внешними признаками (сильное покраснение, резкое и порывистое движение, крик и т. п.). Или же, наконец, даже при сильных чувствах все ограничивается легкой краской в лице и небольшими, полузадержанными движениями; замкнут, молчалив, несообщителен, не любит распространяться о своих чувствах.

56. Влияние чувств на умственные и волевые процессы. Событие, сильно его поразившее, преувеличивает и вообще передает неточно. Суждения о людях часто бывают пристрастны под влиянием симпатий или антипатий. Впечатлителен: при удаче, в хорошем настроении духа слишком оптимистичен, при неудаче же, утомлении, чересчур быстро отчаивается во всем. Часто увлекается, действует под влиянием минутных желаний, забывая все свои прежние решения и рассуждения. Склонен идеализировать свое прошлое или, наоборот, рисовать его слишком мрачно.

XIII. Движения.

57. Обилие или бедность движений. Подвижен или малоподвижен. Совершает много ненужных движений: без всякой надобности ходит или бегает из угла в угол, прыгает, размахивает руками, гримасничает, ерзает на стуле, раскачивается, потягивается и т. д.; или же подолгу сидит на месте, совершает только те движения, которые необходимы.

58. Быстрота или медленность движений. Насколько быстро может ходить, бегать, говорить, писать, исполнять различную ручную работу; наибольшее количество движений (напр., поворотов колеса, точильного станка), которое может совершить за известный промежуток времени. Не замечается ли несоответствия в быстроте различного рода движений (быстрота и ловкость одних движений при медленности и неуклюжести других).

59. Координация сложных движений; двигательная упражняемость. Насколько ловко или неуклюже совершает знакомые ему, привычные движения. Насколько быстро и хорошо усваивает различные, новые для него сложные движения. Легко ли дается обучение различным ручным и техническим работам, ремеслам и т.д. Способность к гимнастике, танцам, подвижным играм, спорту. Беглая техника при игре на музыкальных инструментах. Способность

к ручной работе.

60. Сила (resp. слабость) движений; мускульная работоспособность. Может поднимать и ворочать значительные тяжести. Во время игр, гимнастики или атлетических состязаний обнаруживает значительную мышечную силу. В течение долгого времени может выполнять тяжелую физическую работу, не обнаруживая заметных признаков утомления (вялость движений, дрожание рук, одышка и проч.). Или же, обладая сравнительно хорошо развитыми мышцами, способен вначале проявить очень значительную мускульную силу, но затем быстро ослабевает и утомляется; к сколько-нибудь продолжительной физической работе (даже в привычном для него деле) совершенно неспособен. Или, наконец, способность к продолжительной и энергичной мускульной деятельности обусловливается не столько хорошим развитием мышц, сколько энергией нервных импульсов и значительной координацией движений.

XIV. Психическая активность. Волевое усилие.

61. Сила или слабость желаний и влечений. Всякое овладевшее им влечение стремится осуществить во что бы то ни стало. Когда начинает говорить о своих желаниях, то заметно оживляется, с увлечением излагает свои планы и намерения, интересуется всем тем, что могло бы помочь их осуществлению. Или же, наоборот, ко всему относится одинаково равнодушно и безразлично. При обсуждении вопросов, близко его затрагивающих, остается таким же вялым и апатичным, как и всегда. Находясь в очень неудобном, и неприятном для него положении, не обнаруживает ни малейшего желания выйти из него, хотя бы это и нетрудно было сделать.

62. Общее развитие психической активности. Никогда не бывает без дела, постоянно занят чем-нибудь (работой, играми, развлечениями, шалостями и т. п.). Охотно принимается за какое угодно трудное дело, если оно покажется ему необходимым или интересным. Находясь в самом тяжелом положении (болезнь, отсутствие средств, различные лишения и препятствия), все же продолжает развивать энергическую деятельность. Часто являтся инициатором всякого рода предприятий, развлечений, общественных организаций и т. п. Или же, наоборот, вял и бездеятелен, малейшее затруднение тотчас же парализует всю его энергию. Больше всего любит спокойно сидеть или лежать на диване, ничем особенно не интересуясь и ни в чем не принимая деятельного участия.

63. Способность к сосредоточению волевого усилия. Может ли сосредоточиться на одном каком-нибудь деле, напрягая все свои силы к успешному его выполнению. Или же привык разбрасываться, занимаясь одновременно многими делами и пи в одном из них не достигая сколько-нибудь значительных результатов. Или, наконец, различные его действия, как бы разнообразны они ни были, об'единены одной общей целью, к достижению которой он и стремится все время.

64. Большая или меньшая продолжительность волевого усилия. Настойчив ли в преследовании своих целей. Может ли довести до конца раз начатое дело, несмотря ни на какие препятствия. Или же за всякую работу сначала принимается энергично, но затем быстро остывает. Способен ли на продолжительную работу или нет.

65. Способность задержки. Внешняя (физическая) задержка: умеет скрыть проявление своих чувств; даже при сильном возбуждении, страхе, гневе, радости и т. д. остается по наружности спокойным. Внутренняя (психическая) задержка: самообладание, способность подавлять в себе страх, вспышки гнева, различные страсти, влечения и т. п.; склонность к аскетизму.

66. Сопротивляемость внешним влияниям (различные ее виды). Сознательная, разумно-мотивированная самостоятельность мнений и поступков: неспособен поступиться своими убеждениями; чужие советы и образцы принимает, но только изменивши их сообразно своим потребностям. Тупое, ограниченное упрямство: несмотря на все убеждения, ни за что не желает изменить своих действий, явно бессмысленных и для него самого вредных.

Противоположные качества: подражательность, легко перенимает поступки окружающих, их манеры, жесты, суждения, способ выражаться; при этом одинаково хорошо усваивает как хорошее, так и дурное. Уступчивость, наклонность подчиняться. Легковерие: всякий рассказ, даже нелепый, принимает за чистую монету. Способность поддаваться внушению: можно без особенного труда убедить его сделать, что угодно.

XV. Принятие решений. Процесс выбора.

67. Преобладающие мотивы деятельности. Какого рода побуждения чаще всего руководят его поступками: забота о своих выгодах или удовольствиях, чувство симпатии, сознание долга, любопытство или любознательность, эстетические потребности ж т. д. Всегда ли его деятельность является выражением тех чувств, которые ему наиболее свойственны, или же часто его поступки не выражают собой основных черт его личности: напр., юноша, от природы добрый и откровенный, но недостаточно самостоятельный и легко внушаемый, попавши в дурную среду, лжет, лицемерит, совершает жестокие и бесчестные поступки и т. д.

68. Наклонность к борьбе мотивов (обдуманные действия). Перед каждым, сколько-нибудь важным решением или суждением колеблется, выбирает, взвешивает. Предусмотрителен: заранее обдумывает вое возможные последствия своего решения, все детали предстоящего действия. Благоразумен: начинает какое-нибудь дело, предприятие только в том случае, если обладает достаточными средствами для его

выполнения, и если результат предприятия вполне соответствует его целям и интересам. Всегда может сказать, почему и зачем он действует так, а не иначе. Или же, наоборот, легкомыслен и беззаботен, во всех, даже затруднительных, случаях принимает тотчас же, без всяких колебаний, первое попавшееся решение (импульсивность поступков).

69. Быстрота принятия решений (продолжительность колебаний). В критическую минуту, когда нельзя медлить (пожар, внезапная опасность для жизни, критический момент во время игры), действует решительно и целесообразно. Или, наоборот, даже когда положение дела ясно, все же никак не может решиться и без конца колеблется; едва начавши какое-нибудь дело, уже начинает переделывать его в противоположном направлении.

70. Устойчивость или неустойчивость принятых решений. Постоянство в образе действий, в преследовании раз намеченных целей. Никогда или очень редко меняет свои привычки и занятия. Неизменность взглядов и мнений, верность своим давнишним убеждениям.

71. Наличность руководящих идей и стремлений. Имеет определенные мнения, взгляды (религиозные, этические и др.), руководящие всеми его решениями, определенные цели, дающие направление всем его поступкам; всегда знает до последних подробностей, чего именно хочет и добивается. Или же конечные цели очень неясны, планы и намерения полны противоречий, которых он сам не замечает; на многие вопросы, относящиеся к предстоящему поступку, совершенно не в состоянии ответить.

72. Систематичность сложных действий. Всякое дело совершает систематически, последовательно. Только окончивши одно, переходит к другому. Во всем любит порядок, систему (в распределении времени, занятий, в денежных делах). Охотно коллекционирует. Занимаясь научными исследованиями, охотно составляет классификации, стремится расположить факты в известном порядке, хотя бы и чисто внешнем. Или же, наоборот, постоянно суетится без толку, перескакивает от одного к другому, не оканчивая ни одного из начатых дел. Отдельные поступки часто противоречат друг другу. На столе и в комнате беспорядок. Научные факты и наблюдения излагает, как попало, без всякой обработки и систематизации.

XVII.

Содержание психопатологии; симптоматология душевных болезней. Возможность раздельного изучения болезненных изменений душевной деятельности. Изменения количественные и качественные. Количественные колебания и различия у людей душевно-здоровых, у людей с дефектами органов чувств. Уменьшение количества представлений у душевно-больных, постоянное и временное. Увеличение количества восприятий. Изменение яркости представлений. Изменение быстроты ассоциативных процессов. Недостаточность ассоциативных реакций.

В предшествующих главах рассматривалось возникновение и течение процессов душевной деятельности у людей здоровых. У людей душевно-больных процессы психической жизни протекают во многих и весьма существенных отношениях иначе, обнаруживая в своем течении и развитии ряд болезненных уклонений от нормы. Изучение и описание процессов больной душевной деятельности составляет содержание и задачу патологической психологии или психопатологии.

Болезненные проявления душевной деятельности, являясь результатом различного рода болезненных процессов, поражающих головной мозг, естественным образом служат указателями наличности болезненного состояния головного мозга; в своем выражении, течении и развитии, в своих сочетаниях и условиях происхождения они являются симптомами патологических состояний головного мозга, признаками, дающими материал для суждения о характере того или другого душевного заболевания. Поэтому психопатология неизбежно входит в своей весьма значительной части в состав общей симптоматологии, семиотики и диагностики душевных болезней269), говоря точнее, дает материал для последней. Однако, симптоматология душевных болезней далеко не исчерпывается признаками расстройства только душевной деятельности, так как душевные болезни в своем развитии и течении обнаруживают немало чисто физических или т. наз. соматических признаков, имеющих очень важное значение. Таким образом, психопатологический материал, охватывая и заключая в себе все признаки психического содержания, относится к общей симптоматологии помешательства, как частное к общему.

При описании процессов нормальной душевной жизни было указано (стр. 76), что процессы эти настолько тесно и неразрывно связаны между собою, что отнесение их к различным, строго определенным психическим сферам (ума, чувства и воли) представляется искусственным; поэтому предпочтительно говорить об отдельных психических процессах и их взаимоотношениях, а не о сферах душевной деятельности. Сказанное особенно справедливо по отношению к психопатологии, так как при болезненных поражениях душевной деятельности обычно захватываются одновременно различные ее области настолько близко и тесно, что нередко бывает трудно, а иногда даже и невозможно определить, какая сторона психики страдает больше.

При описании болезненных изменений душевной жизни мы будем изучать психопатические расстройства по возможности отдельных психических процессов и их сочетаний в той их последовательности, которая была принята при изложении процессов нормальной душевной деятельности.

Простейшим психическим процессом является ощущение; комплексы ощущений, об'единенных принадлежностью к одному предмету, служат источником возникновения представлений более или менее сложного характера; из представлений развиваются понятия; психические процессы удерживаются,

запечатлеваются, воспроизводятся, затушевываются и исчезают, или - запоминаются, вспоминаются и забываются (память); представления и более сложные психические процессы сочетаются или ассоциируются, подчиняясь при этом известным законам; возникают суждения, умозаключения, развивается связное мышление; наконец, все перечисленные процессы лежат в основе воображения и фантазии. Само собою понятно, что все интеллектуальные процессы сопровождаются известной эмоциональной реакцией, которая часто не только от них не отделима, но сама влияет на их течение и развитие; расчленяем же мы то и другое ради практических удобств и систематизации изложения. Психические процессы различаются между собою в отношении своей силы, напряженности; они отличаются по своей продолжительности, по скорости своего течения; в душевной деятельности смена одних процессов другими может происходить с известной, колеблющейся быстротой; самое количество представлений и других психических процессов, образующих содержание душевной жизни различных людей, может быть весьма различным. Все это количественные стороны душевных процессов. Но душевные процессы бывают различными по своей природе, по своему существу, содержанию, напр., по происхождению из разных источников (различные органы чувств), по характеру возникающих впечатлений (красный, синий и др. цвета, различные запахи), по тому чувственному тону, с которым они связываются (приятный и неприятный); все эти отличия относятся к качественным сторонам душевной жизни.

Вполне естественно; что болезненные состояния характеризуются поражением и количественных и качественных сторон душевной жизни; редко это поражение бывает изолированным, чаще наблюдается преимущественное поражение той или другой стороны, нередко поражение носит настолько смешанный характер, что трудно и даже невозможно выяснить, которая сторона страдает больше. Однако, принципом разделения поражений на количественные и качественные можно воспользоваться, хотя и не без отступлений.

Каждый человек получает при посредстве своих органов чувств, начиная с детского возраста, громадный ряд впечатлений, из которых возникает присущий ему запас представлений, понятий, идей, материал для его умственных операций. Однако, и при нормальных условиях не каждый в состоянии одинаково продуктивно переработать полученный им материал впечатлений; успешность переработки, при условии нормального, правильного развития центральной нервной системы, зависит прежде всего от возраста индивидуума, так как возрастом обусловливается степень анатомо-физиологического развития мозга и, следовательно, уровень способности его обладателя к умственной работе; далее, степень умственного развития теснейшим образом зависит от индивидуального совершенства строения мозга; наконец, третьим необходимым условием для развития умственных способностей является их культура, даваемая обучением, воспитаньем, жизненной обстановкой, социальной средой, профессией. Разницу в умственных способностях, говорит Darwin, между дикарем, не употребляющим никаких абстрактных выражений, и Ньютоном или Шекспиром нельзя назвать ничтожной; различия подобного рода между величайшими людьми наиболее развитых рас и последними из варваров связаны между собою тончайшими переходами270). Так, у некоторых американских и африканских дикарей почти не существует словесных выражений для счета, а у индейского племени Chiquito в Мексике имеется числовое словесное обозначение только для единиц; правда, по замечанию Wundt'a271) такая бедность языка чисел еще не дает права заключать об отсутствии у этих диких племен числовых представлений вообще, но во всяком случае соответствующие представления у них крайне недостаточны.

Запас слов, выражающих соответствующие представления и понятия, является одним из показателей культуры[*]). В этом отношении, разница между неграмотным простолюдином, пользующимся в своем обиходе несколькими сотнями слов, и образованным человеком очень велика; первый, не находя соответствующих словесных выражений в своем распоряжении, по необходимости пользуется жестами и постоянно прибегает к неимеющим часто словесного содержания вставкам, - последний иногда придумывает новые словесные выражения для обозначения новых понятий или их оттенков. Однако, ученый профессионал, обнаруживающий богатство речи в своей специальности, нередко затрудняется в обыкновенном разговорном языке. У детей запас представлений и слов накапливается постепенно, возрастая главным образом на счет имен существительных и затем глаголов; по данным Preyer'a и Hymphrey274) запас слов у двухлетнего ребенка может колебаться от (173) 397 до 484 (Preyer) и от 500 до 739 (1121)[**]) (около половины имен существительных), тогда как взрослый человек, правда, в преувеличенном показании Holden'a 273)[***]); может насчитать в своем запасе до 33456 слов (Мильтон пользовался в своих сочинениях 8000, а Шекспир 15 000 слов). Относительно ограниченным материалом для мышления по сравнению с нормальными людьми обладают лишенные от рождения или с раннего детского возраста слуха или зрения, а особенно и слуха и зрения одновременно. Однако, при помощи соответствующим образом направленного воспитания и обучения и у таких обездоленных людей удается достигнуть чрезвычайно значительных результатов и обогатить их психическую сферу такими представлениями и понятиями, что они не только приобретают относительную самостоятельность, но могут принимать участие в социальной жизни.

---

[*]) Wundt, 1. c. 271), I B., 1 Th., S. 402.

[**]) Цифры в скобках крайние.

[***]) См. также у Wundt'a, 1. c. 271), I. B., 2 Th., S. 303-309.

Были попытки дать возможность слепым "видеть" при помощи особых приборов, т. е., дать им способ определять препятствия, находящиеся перед ними, не прибегая к ощупыванию и не руководствуясь изменениями резонанса. Так, д-ром Ноишевским275) был для этой цели предложен в 1899 году252-276-278) "электрофтальм"; автор воспользовался выделенной им так наз. волосковой чувствительностью, т. е., чувствительностью, развивающейся при раздражении волосков, покрывающих нашу кожную поверхность, и особенно выраженной соответственно glabella; с другой стороны, он воспользовался свойством селена, менять свой об'ем под влиянием световых лучей; изготовив селеновую гильзочку, снабженную волосом для раздражения волосков кожной поверхности, автор заставлял слепых приставлять аппарат к области лба и, руководствуясь возникающими ощущениями, определять непрозрачные препятствия, находившиеся на их пути. Автору удавалось достигнуть некоторых результатов. Более совершенный прибор был предложен в недавнее время d'Albe'ом; при помощи этого прибора, известного под названием "оптофона", слепые могли "видеть" одетых в белое сиделок, сосчитывая их число, и даже читать черные буквы в 30 снтм. величиною на белом фоне279); в настоящее время автору удалось еще более усовершенствовать свой прибор.

Насколько поразительные результаты, могут быть достигнуты соответствующим воспитанием и обучением, особенно отчетливо выступает на известных примерах Laura Bridgman280) и Helen Keller281). Первая - в возрасте около двух лет после скарлатины утратила зрение, слух, обоняние и вкус; когда ей было восемь лет, на нее обратил внимание д-р Howe, которому удалось, пользуясь осязанием девочки, вызвать у нее сочетание между предметами и их словесными обозначениями при помощи рельефных начертаний; с этого началось ее обучение, которое скоро пошло весьма успешно, при чем оказалось, что девочка, которой были совершенно чуждыми самые обыкновенные представления, обнаружила большую любознательность и интерес к знанию. Еще более разительные успехи были достигнуты при обучении Helen Keller, также потерявшей зрение и слух на втором году жизни; ее воспитательница достигла того, что в возрасте семи лет девочка оказалась грамотнее своих зрячих сверстниц, а впоследствии она изучила древние и новые языки, сдала университетский экзамен и написала сочинения, переведенные на европейские языки ("История моей жизни", "Ключ моей жизни" 282-284) и др.). Конечно, запас представлений и идей у обоих девочек отличался от запаса их у нормальных людей, но путем воспитания и обучения он был доведен до очень значительных результатов; без этого они производили бы впечатление слабоумных, крайне отсталых в своем умственном развитии людей.

В области психопатологии резкое уменьшение количества представлений наблюдается у идиотов и слабоумных от рождения; головной мозг таких детей настолько недоразвит, что их психическая деятельность не может развиться в сколько-нибудь совершенной форме; впечатления идиотов очень ограничены и примитивны, ассоциативные процессы находятся у них лишь в зачаточном состоянии, общих понятий и идей у них не вырабатывается, а все богатство душевной жизни исчерпывается несколькими десятками представлений; громадное количество раздражений, действующих на органы чувств нормального ребенка и вызывающих в центральной нервной системе бесконечное число реакций, обогащающих душевную жизнь, дающих ей содержание, проходит у идиотов почти бесследно; их душевная жизнь может обогащаться путем воспитания и обучения, но лишь до известной степени. Существуют различные степени умственного недоразвития, от полной идиотии до небольшой степени умственной отсталости; конечно, и умственный запас таких лиц, будучи беднее нормального, колеблется в то же время в весьма широких пределах.

При различных степенях идиотии и умственной отсталости, т. е., тупоумия, обусловленного недоразвитием или недостаточным и неправильным развитием головного мозга, бедность душевной жизни зависит именно от недостаточного развития мозга, вследствие чего целые ряды представлений, идей и вообще процессы душевной деятельности не достигают нормального развития. Но в содержание душевной патологии входят и обратные состояния, когда слабоумие более или менее глубокой степени развивается у людей до того времени душевно здоровых, пользовавшихся всеми дарами культуры, мозг которых с детства развивался удовлетворительно, благодаря чему и душевная жизнь обнаруживала значительное богатство. В таких случаях дело идет о болезненных поражениях головного мозга, нарушающих его нормальное функционирование; вследствие этого содержание душевной жизни уже не обогащается новыми впечатлениями в прежней степени, а ранее возникшие представления и идеи постепенно исчезают. Если в случаях прирожденного умственного недоразвития мы встречаемся с количественной и качественной бедностью представлений по причине неспособности индивидуума к умственному обогащению, то в случаях развития слабоумия вследствие заболевания в более позднем возрасте мы встречаемся с обеднением душевной жизни; в первом случае явление обусловливается неразвитием или недоразвитием функции, а во втором наблюдается явление выпадения или понижения функции. Примерами последнего рода могут служить формы юношеского слабоумия, формы органических душевных заболеваний, как прогрессивный паралич помешанных, артериосклеротическое и старческое слабоумие.

Эпизодически уменьшение количества представлений наблюдается в меланхолическом, депрессивном периоде маниакально-депрессивного психоза, когда содержание сознания заполнено почти исключительно мыслями мрачного характера, а впечатления противоположной окраски не встречают отклика в душе больного.

Особый вид психопатических состояний, известный под названием ступора, ступорозного состояния, оглушения, скованности, оцепенелости, особенно встречающийся при кататонии, характеризуется тем, что

на ряду со связанностью активных движений у больного наблюдается и связанность психических процессов, приводящая к крайнему обеднению количества представлений доходящему до степени "пустоты" содержания сознания. Такие состояния могут продолжаться различное время, затягиваясь на многие месяцы, иногда они возникают лишь эпизодически, будучи кратковременными. Крайняя ограниченность количества представлений и идей, наполняющих сознание больного, наблюдается при т. наз. стереотипиях, выражающихся в стереотипности поступков, поведения, движений, поз больного, его жестов и речи, - позы одни и те же, речи одни и те же, поступки и движения стереотипно повторяются; при этом нередко дело доходит до заполнения содержания сознания одной идеей, до моноидеизма (Bleuler) 285); резкая заторможенность течения психических процессов у таких больных при наличности некоторых двигательных стремлений и является источником стереотипии.

При душевном заболевании, известном под названием преждевременного или раннего слабоумия (dementia praecox), развивается обычно состояние, в котором больные как бы отмежевываются, отделяют себя от внешнего мира и его отношении, замыкаются в себе; такие состояния Bleuler285) предлагает обозначать термином аутизма; мышление больного может быть при этом не слишком бедным и ограниченным, но может также ограничиваться до степени моноидеизма. Жалобы на суб'ективное чувство пустоты и тяжести в голове обычно встречаются у психастеников.

Бывают и у психически здоровых людей состояния, в которых содержание сознания в течение более или менее продолжительного времени ограничивается крайне небольшим количеством представлений, даже одной идеей; бывает, что идея не приходит в голову, мышление как бы приостанавливается, получается чувство заторможения мышления, пустоты в голове; это наблюдается, напр., при умственном переутомлении. Однако, у людей, здоровых такие состояния бывают мимолетными, скоропреходящими.

В состояниях меланхолической депрессии, угнетения, при стереотипиях, в состояниях ступора, достигающих степени моноидеизма, сознание больных представляется в значительной мере суженным.

Увеличение количества восприятий и представлений, как бы вторгающихся в сознание больного, наблюдается при психодвигательном возбуждении, известном под названием маниакального состояния; больные переживают наплыв впечатлений и идей, ускорение их течения. Увеличение количества представлений, наблюдаемое в маниакальном состоянии, не следует понимать в смысле появления у больного новых представлений, как таковых, которых не могло у него быть в здоровом состоянии, которые не были бы ему известными; те представления, которые у здорового находятся в скрытом виде и не входят в данный момент в поле ясного сознания, так как последнее занято другими, господствующими представлениями, оказывающими на первые тормозящее влияние, в состоянии маниакального возбуждения гораздо легче проникают, вторгаются в сознание, вследствие болезненного ослабления тормозящих влияний 286). В громадном большинстве случаев такое богатство представлений, заполняющих сознание маниакальных больных, является до известной степени обманчивым и мало продуктивным, в смысле его психической переработки; в своих неудержимо обильных речах и разговорах такие больные нередко бывают монотонными и однообразными. Наплыв представлений и идей, наблюдавшийся в маниакальном периоде маниакально-депрессивного психоза, встречается иногда у лихорадящих больных, при некоторых интоксикациях, напр., при отравлении ядом бешенства (lyssa)287).

Количественные изменения впечатлений, представлений и идей выражаются не только уменьшением или некоторым, хотя и эпизодическим, увеличением количества их в содержании сознания больного или вообще в его психическом запасе; самые идеи могут быть измененными в своей силе, напряженности, яркости; эта яркость может быть усиленной или ослабленной по сравнению с нормальными условиями. Конечно, яркость представлений и идей - понятие относительное и подверженное значительным индивидуальным и суб'ективным колебаниям; пока эта яркость измерению не поддается, и судить о ней приходится отчасти по заявлениям больных, отчасти по более или менее живым внешним эмоциональным реакциям, связанным с живостью и яркостью определенных представлений. Интенсивность и яркость представлений обычно усиливается при сосредоточении внимания на этих представлениях; она бывает повышенной при состояниях психического возбуждения, напр., у больных в маниакальном состоянии, нередко при истерии; увеличение яркости представлений сопутствуется изменением чувственного тона. Мрачная окраска представлений при меланхолических состояниях сопровождается усилением их яркости, при этом представления противоположного характера вытесняются первыми и если появляются, то лишь в виде бледных и слабых образов. Также и в состояниях маниакального возбуждения далеко не все образы представляются одинаково яркими и живыми, напротив, наряду с первыми возникают и более тусклые и бледные представления.

Так наз. навязчивые представления и идеи могут сопровождаться заметным и нередко значительным усилением яркости представлений, составляющих их содержание.

Процессы ассоциации или сочетания представлений и идей могут нарушаться в нескольких направлениях: во-первых, может изменяться быстрота ассоциативного процесса; во-вторых, ассоциативный процесс может оказаться измененным в смысле своей полноты, может оказаться недостаточным, дефективным; в-третьих, процесс может расстраиваться по своему существу, т. е., могут нарушаться самые законы течения ассоциаций, их закономерность и правильность.

Если в первых двух из трех указанных случаев расстройства ассоциативной деятельности говорят нередко о поражении преимущественно количественной стороны процесса, а в третьем - качественной, то это является справедливым лишь до известной степени, так как нарушение привычной, свойственной

данному лицу скорости течения ассоциаций отражается почти неизбежно на их качестве; качество ассоциаций страдает при их недостаточности, а нарушение закономерности ассоциаций отражается и на их количественной стороне. Скорость течения идей изменяется в направлении замедления и в направлении ускорения ассоциативного процесса. Оба явления наблюдаются, как в нормальном, так и в патологическом состоянии, но у нормальных людей они встречаются в виде мимолетных, случайных, скоропреходящих эпизодов, тогда как у душевно-больных они могут продолжаться значительное время, измеряемое многими месяцами.

У здоровых людей замедленное течение идей бывает при сильной усталости 289); оно наблюдается при аффектах страха; обычно при страхе и ужасе и самый об'ект страха воспринимается с большей яркостью, чем отчасти об'ясняется преувеличение в последующей передаче события; при сильном страхе и ужасе ассоциативный процесс иногда совсем приостанавливается; с психологической стороны это обусловливается сужением поля сознания, заполненного целиком ярким образом об'екта ужаса, вытеснившим другие представления и затормозившим ассоциативный процесс. Аналогичное явление наблюдается при аффекте страха и ужаса у душевно-больных. По мнению Kraepelin'a, ассоциативный процесс, повидимому, замедляется при душевных движениях неприятного свойства 288), напр., при тоске.

У душевно-больных замедление течения идей чаще всего обнаруживается в состояниях психического угнетения, подавленности, депрессии, наблюдающихся при различных душевных заболеваниях, но составляющих особенно типичную черту маниакально-депрессивного психоза.

Время нормальной ассоциативной реакции колеблется довольно значительно не только у различных лиц, но и у одного и того же лица; определяемое таким точным прибором, как хроноскоп Hipp'a, оно выражается в среднем приблизительной величиной в 400 сигм или 0,4 сек.; однако, в пределах нормы оно может быть несколько ускорено и довольно значительно замедлено, до 1,5 сек. и более. У здорового человека такое замедление ассоциаций не представляется постоянным, оно вызывается случайными причинами, напр., отвлечением внимания, трудностью самой ассоциации, настроением исследуемого.

В состояниях патологического угнетения, особенно, при маниакально-депрессивном психозе, замедление ассоциативных реакций представляется явлением постоянным и может быть выражено очень резко; для измерения времени таких реакций не требуется столь точного прибора, как хроноскоп Hipp'a, а вполне достаточно секундомера, так как время реакций измеряется не в десятых и сотых долях секунды, а несколькими и даже многими секундами; нередко даже совсем не удается вызвать ассоциативной реакции. Причина рассматриваемого явления заключается в общей заторможенности психической деятельности в состоянии психического угнетения, вследствие чего замедляется самое течение ассоциативных процессов; замедлению возникновения ассоциации способствует затруднение сосредоточения внимания, отвлекаемого господствующими в сознании больного идеями; наконец, бывает замедленным время передачи определенного словесного образа в двигательную словесную реакцию или время осуществления условного двигательного сигнала, по которому приходится судить о появлении ассоциативной реакции в сознании больного. Таким образом, по внешнему впечатлению ассоциативные реакции могут казаться более длительными, чем это имеет место в действительности.

Выздоравливающие от маниакально-депрессивного психоза больные, умеющие анализировать свои переживания, заявляют совершенно определенно, что медленность их ассоциативных реакций обуславливалась двумя факторами: во-первых, необходимый ответ не появлялся в их сознании, не приходил в голову, а во-вторых, при появившемся уже в сознании ответе, они нередко не находили в себе достаточно силы, чтобы облечь этот ответ в двигательную форму, т. е., произнести соответствующее слово или снять палец с клавиши сигнального ключа.

Привожу пример ассоциативных реакций, записанных у одной больной в меланхолическом периоде маниакально-депрессивного психоза: книга - красная (3 сек.), дерево - березовое (8 сек.), бумага - белая (2 сек.), снег - хрупкий (8 сек.), перо - золотое (7 сек.), платье - синее (1 1/2 сек.), чернила - синие (3 сек.), письмо - написано (3 сек.), окно - открыто (3 сек.), собака - черная (2 сек.), подушка - пуховая (2 сек.), музыка - струнная (4 1/2 сек.), надежда - ?, любовь - ушла (20 сек.), красота - лесов (10 сек.), сундук - красный (10 сек.), вино - красное (12 сек.), небо - синее (2 сек.), печка - теплая (2 сек.), смех - веселый (1 1/2 сек.), смелость - ?. Из приведенного примера ясно вытекает замедленный характер ассоциаций в депрессивном периоде; пострадало и качество ассоциаций, они весьма однообразны, содержанием их служат почти исключительно внешние признаки слов-раздражителей, часто видно влияние привычной ассоциативной связи. Слово "любовь" вызвало комплексную ассоциацию с резким замедлением времени, и персеверирующее влияние этой ассоциации заметно отразилось на нескольких ближайших реакциях: отвлеченные слова "надежда" и "смелость" не вызвали реакции,

В различной степени развития меланхолического состояния ассоциативные реакции могут протекать неодинаково в количественном и качественном отношении: в состояниях легкой депрессии они вызываются легче и скорее и бывают более глубокими чем при усилении депрессии*); при тяжелом меланхолическом состоянии часто даже совсем не удается вызвать ассоциации; вообще же скорость ассоциаций при депрессии бывает значительно замедленной. Такое замедление ассоциационных процессов наблюдается временами в уже упоминавшемся состоянии кататонического ступора; по миновании этого состояния больные сами отмечают, что они испытывали "пустоту" в голове, мысли не шли в голову.

Когда сознание заполнено одним представлением или идеей, сужено до степени моноидеизма, ассоциативная деятельность замедляется, протекает с трудом и может приостанавливаться.

---

*) Гутман приходит к выводу, что ассоциации меланхоликов совершаются в большей степени по внутренней связи реакции с данным словом, чем у здоровых 290).

Ограничение скорости течения и возникновения ассоциаций отмечается при состояниях умственной отсталости, слабоумия, идиотии; это ограничение может быть различным, при чем у идиотов оно достигает крайних пределов. Сумеречные состояния эпилептиков также сопровождаются замедлением ассоциативных процессов; в качестве обычного явления оно встречается при травматическом психоневрозе.

Переходя к рассмотрению случаев ускорения ассоциативной деятельности, остановимся прежде всего на анализе маниакального периода маниакально-депрессивного психоза. Выше уже упоминалось, что в этих состояниях больные переживают наплыв представлений и идей, проникающих в сознание больных в большом количестве; существенно интересно выяснить, ускоряется ли при этом самое течение ассоциативного процесса, или наблюдаемое явление объясняется как-нибудь иначе.

Наблюдение больных, находящихся в известных фазисах маниакального возбуждения, обнаруживает у них усиление речевого стремления и усиленную многоречивость, известную под названием логореи, словесного потока; хотя встречаются и здоровые люди, которым свойственна манера быстрой речи, тем не менее маникальные больные в большинстве случаев говорят быстрее нормальных людей и во всяком случае быстрее, нежели сами они в своем здоровом состоянии. В оценке этого явления, стоящего в непосредственной связи и зависимости от ускорения ассоциативных процессов, единодушно сходились весьма компетентные психиатры, как Griesinger278), Schule291), Krafft-Ebing[**]), Magnan292), Корсаков[***]) и другие.

Все эти авторы сходятся в том, что у маниакальных больных наблюдается в области интеллектуальных процессов ускорение и чрезвычайная легкость воспроизведения и сочетания идей в противоположность монотонности и задержке представлений, наблюдаемых у меланхолика (Krafft-Ebing). "При чрезмерной быстроте процессов воспроизведения и восприятия и более живой окраске представлений и ощущений дикция больного делается пластичнее, образнее; больной тотчас же схватывает суть предмета, подмечает слабости и странности окружающих лиц, быстрее понимает и, благодаря ускоренному сочетанию идей, становится находчивее, остроумнее, склонен к юмору и даже насмешке. Переполнение его сознания дает ему неисчерпаемый материал для разговора, а чрезмерное ускорение процесса, при чем промежуточные члены идей так быстро мелькают в сознании, что не успевают быть выраженными, - придает торопливой речи больного отрывочный характер" (Krafft-Ebing). Однако, уже Корсаков обращает внимание, что умственная деятельность таких больных кажется ближе и продуктивнее только при поверхностном взгляде; при внимательном же отношении к делу оказывается, что это только внешний блеск, что мышление сделалось очень поверхностным: идеи так быстро сменяют одна другую, что больному трудно сосредоточиться; вследствие этого глубина мышления падает, больной часто теряет нить в бесконечных подробностях, которые вследствие облегчения в смене мыслей побуждают его уклоняться от главной темы.

Только-что приведенное исправление Корсаковым описания Krafft-Ebing'a, которого придерживались и другие психиатры, совершенно основательно, однако, при развитии современных экспериментально-психологических методов исследования выяснение вопроса о скорости течения ассоциаций у больных в маниакальном периоде маниакально-депрессивного психоза получило иное направление: от метода чистого наблюдения перешли к методу непосредственного измерения развития ассоциативных реакций, к методу психометрическому, экспериментальному.

Одни из первых исследований скорости ассоциативного процесса у больных в маниакальном состоянии принадлежат русским психиатрам (Чиж293-294), Валицкая 295)); эти исследования показали, что скорость течения ассоциаций в маниакальном состоянии может значительно превышать скорость ассоциаций тех же лиц в состоянии психического здоровья и вообще среднюю скорость ассоциаций, вычисленную для душевно-здоровых. Более новые исследования частью подтвердили выводы ранее работавших авторов, частью дали противоречащие им результаты. Так, Ziehen296), применив для изучения вопроса особый метод цифровых ассоциаций, при котором исследуемое лицо должно было на произнесенную исследователем однозначную цифру отвечать следующей или через одну, отметил ускорение ассоциативных реакций. К обратному выводу пришли Aschaffenburg297) и Liepmann286), особенно первый: получив у всех исследованных им больных, кроме одного, замедление ассоциативных реакций, Aschaffenburg заключил, что скорость течения ассоциаций у маниакальных больных ни в каком случае нельзя признать увеличенной, что же касается одного больного с ускоренным течением идей, то ускорение это таково, что оно может наблюдаться и в пределах душевного здоровья. Гутман также отметил некоторое замедление ассоциативных реакций у маниакальных больных, но одновременно обратил внимание на их ускорение в отдельных случаях вникнув в существо дела, Гутман связал причину замедления ассоциаций с нарушением процессов сосредоточения внимания у маниакальных больных; в тех же случаях, где процесс сосредоточения не нарушен, маниакальные больные обнаруживают по сравнению со здоровыми ускорение ассоциативной реакции.

Как же примирить результаты исследований Aschaffenburg'a, Liepmann'a и отчасти Гутмана с тем, что дает клиническое наблюдение? Думаю, что это противоречие в значительной степени кажущееся. Прежде всего следует признать, что блеск и остроумие маниаков были весьма преувеличены, как, напр., в описании Krafft-Ebing'a; уже в 1874 г. были заявления о том, что нельзя поддерживать взгляд о повышении душевных сил и одаренности маниаков вообще;

[**]) Стр. 449.
[***]) Корсаков 227), стр. 128.

что если в начале заболевания это явление и наблюдается, то оно скоро исчезает (L. Meyer)298); вышеприведенный взгляд Корсакова на одаренность маниаков также представляется очень умеренным. Клиника, дающая по отношению к изучаемым больным условия естественного эксперимента, показывает, что ускорение течения идей у маниаков не есть явление, длящееся непрерывно, напротив, наблюдаются резкие колебания в этом состоянии, наблюдается даже так называемый маниакальный ступор, в котором больной неподвижен. Далее, трудно результаты лабораторного опыта целиком переносить в условия клинического наблюдения, во всяком случае, делать это надо с большой осторожностью. В частности, по отношению к исследованиям Aschaffenburg'a следует иметь в виду, что он измерял время ассоциаций, вызывавшихся определенными словами-раздражителями, при чем больной мог реагировать не первой появившейся в его сознании ассоциацией, тем более, что внимание таких больных чрезвычайно отвлекаемо; при клинических же условиях мы имеем возможность наблюдать развитие свободного течения ассоциаций. Наконец, Aschaffenburg все-таки наблюдал ускорение ассоциаций у одного больного; правда, он замечает по этому поводу, что такая скорость бывает и у душевно-здоровых, однако, это замечание не опровергает факта, так как ускоренным течение процесса следует признавать по отношению к скорости реакций у того же самого больного, но в его здоровом состоянии, а не по сравнению с другими лицами.

Один врач, перенесший маниакальное состояние, так характеризовал его: в голове моей было такое количество мыслей, они так быстро проносились одни за другими, что слова мои не могли поспевать за ними; я уверен, что если бы мои мысли записывали пять писцов, они не справились бы с этой задачей.

Итак, наблюдение показывает известную степень ускорения ассоциативных реакций у маниакальных больных; суб'ективно больные в известный период болезни переживают состояние облегченного течения идей, что не исключается и Aschaffenburg'ом; психологическую причину этого явления, видимо, надо искать в неустойчивости и повышенной отвлекаемости внимания, быстро скользящего от одного представления к другому, от одной идеи к другой; однако, ускорение наблюдается лишь в известном периоде болезни, в более умеренном развитии маниакального возбуждения, в т. наз. гипоманическом состоянии; вследствие этого известная продуктивность творчества таких больных может обнаруживаться лишь в этом периоде, к которому относится писание стихав и легкость подбора рифм; при дальнейшем развитии болезни дело меняется. Ускорение течения идей достигает лишь определенного предела, дальше которого оно не идет.

В конце концов следует признать, что хотя мнение старых авторов о необычайном ускорении течения идей у маниаков, о их творческих способностях и остроумии значительно преувеличено, тем не менее в известном периоде болезни ускоренное и облегченное течение идей существует, что доказывается и экспериментом. Возбужденное состояние больных в связи с отвлекаемостью внимания, выраженные не в резкой степени, имеют своим последствием ускоренное образование условных или сочетательных рефлексов, лежащих в основе развития ассоциативной деятельности; в противоположность этому, в состояниях психической депрессии в связи с односторонним напряжением внимания возникают условия, тормозящие образование и течение сочетательных реакций. Явления, близкие по своему характеру к описанным, наблюдаются иногда при лихорадочных повышениях температуры и при некоторых интоксикациях, напр., ядом бешенства.

Явление ускорения течения идей, связанное с их наплывом и сопровождающееся ускоренной речью, доходящей до степени логореи или словесного потока, словоизвержения, носит название бегства, скачки, вихря идей, fuga idearum. Этот симптом сопровождается более или менее резко выраженным нарушением законов ассоциативных реакций и функций внимания.

Ассоциативный процесс может оказаться нарушенным, как уже было сказано, в смысле своей полноты, он может оказаться недостаточным. Полным и правильным развитием и течением ассоциативного процесса обусловливается наше мышление. Главные этапы мышления - ясное представление цели мышления, возникновение ассоциативных группировок и процесс выбора, наличность материала для мышления, т. е., запаса представлений и идей (стр. 138). Понятно, что при недостаточности указанных факторов будет страдать в большей или меньшей степени мышление вообще, а ассоциативные процессы в частности. Ассоциативная деятельность оказывается недостаточной при маниакально-депрессивном психозе в его меланхолическом периоде, влeдствие общей заторможенности психических процессов, или она может оказаться односторонней; она может оказаться недостаточной при депрессивных состояниях вообще; она может поражаться почти до отсутствия при ступоре; наконец, состояния слабоумия прирожденного и приобретенного характеризуются недостаточностью сочетательных реакций самой различной степени; сюда относятся различные степени идиотии, умственного недоразвития и отсталости, сюда относится преждевременное слабоумие (dementia praecox), слабоумие при прогрессивном параличе помешанных, старческое и артериосклеротическое слабоумие и нек. др. Во всех этих случаях особенно страдает психический запас, который оказывается недостаточным, в одних случаях, вследствие его необразования, в других - вследствие его исчезновения. Там, где количество представлений недостаточно, где память пострадала, ассоциативные процессы должны протекать с большими или меньшими препятствиями.

XVIII.

Расстройство ассоциативного процесса по существу. Маниакальная бессвязность или апрозексическая атаксия. Астеническая или адинамическая ассоциативная атаксия. Галлюцинаторная спутанность. Гипотезы Wernicke, Stransky и Bleuler'a. Атимитическая или шизофреническая ассоциативная атаксия. Персеверация

или речевое упорство. Привычные ассоциации. Обмолвки. Ассоциации по контрасту. Количественное взаимоотношение ассоциации у лиц здоровых и у душевно-больных.

Третий вид нарушения ассоциативной деятельности, как уже было сказано, есть расстройство процесса образования сочетательных реакций по существу, выражающееся в нарушении самых законов возникновения и течения ассоциаций, их закономерности, правильности; в этих случаях, в противоположность случаям недостаточности ассоциативного процесса, несмотря на то, что наличность психического запаса представлений и идей может оказаться совершенно достаточной и даже изобильной, тем не менее правильность мышления страдает.

О качестве мышления судят по внешнему его выражению, т. е., по поступкам, речевым и письменным актам; далеко не всегда, как у душевно-здоровых, так и у душевно-больных, мысль выражается в слове; но когда словесные образы переходят в речь, нами воспринимаемую, то по содержанию и построению этой речи мы заключаем о ходе и качестве ассоциативных процессов у данного лица.

Руководителями стройного течения ассоциативных реакций являются целевые представления, которые, возникая одно за другим, служат вехами, направляющими мышление в определенную сторону; если общие, целевые представления не возникают с достаточной яркостью, или если они не оказываются достаточно устойчивыми, представляются изменчивыми, то, конечно, вместе с этим должно нарушаться и плавное и связное течение мышления; лишенный общего руководящего и направляющего начала, лишенный об'единяющей идеи, мыслительный процесс утрачивает свою стройность и цельность; вплывающие в сознание ассоциации не подчиняются руководящему началу, в связи с характером которого при нормальных условиях происходит процесс выбора, и носят до известной степени случайный характер. При отклоняемости внимания, характеризующей маниакальные состояния при маниакально-депрессивном психозе, особенно в связи с наблюдающимися при этом ускорении и наплыве представлений и идей, получается речь, отдельные части которой не только не связаны между собой общей идеей, но часто имеют совершенно случайный мотив связности, обусловленный, напр., созвучием, просто тем, что данный предмет попал в поле зрения больного; получается речь, отдельные части которой настолько не связаны между собою, что передать общее содержание ее не представляется возможным; начав говорить о чем-нибудь, больной не доходит в своей речи до логического конца. Иногда больные в таком состоянии произносят лишь отрывочные слова по созвучию, нередко бессмысленные, иногда отдельные, бессвязные фразы; ассоциации внутреннего характера уступают значительное место внешним, привычным и звуковым сочетаниям, рифмам. Больной перескакивает в своих мыслях и в своей речи с предмета на предмет, обнаруживая настоящую скачку идей (fuga idearum); мышление представляется несогласованным в своих частях, в своем развитии; такое мышление характеризуется термином incohaerentia idearum - бессвязность идей, расстройство координации идей, правильности их сочетаний.

Так как внимание больных в описываемых состояниях может достигнуть крайней степени неустойчивости, исключающей проявление возможности давать себе отчет в окружающем, в собственных мыслях и переживаниях, то может развиваться более или менее резкое понижение способности ориентироваться, нарушается сознательное отношение к окружающему и собственной личности, развивается маниакальная спутанность сознания.

Некоторая аналогия происходящему в маниакальном состоянии наблюдается в сновидениях, когда сонные образы, не связанные об'единяющими представлениями, быстро, калейдоскопически сменяются и следуют один за другим и группами, часто в совершенно неожиданных и странных сочетаниях; другую аналогию можно встретить в состоянии алкогольного отравления. Для характеристики маниакальных нарушений правильности ассоциативных процессов можно пользоваться термином маниакальной атаксии или бессвязности; имея в виду, что маниакальная бессвязность происходит, главнейшим образом, из расстройства внимания, точнее обозначить ее, как апрозексическую атаксию.

Образец речи в умеренной степени возбужденного, много и быстро говорящего больного: речь отрывочная, является реакцией на один вопрос врача, поставленный в скобках; видна сильная отклоняемость внимания: "Я на климатах не сплю..." (Врач: как Ваша фамилия) "Эта бумага мягкая*)... Я в перепись не попал... когда дело коснулось поверки, счетчики меня тоже спрашивали фамилию... Вы умываетесь и зубы чистите каждый день... Признаки делимости чисел на 11... это тоже забыли... признаки очень просты... Вам пенснэ не подходит... в бинокль лучше смотреть... Вам не приходилось в театре бинокль ронять, и т. д. Или: врач, протягивая руку: "здравствуйте, Д. И." "Вы знаете, что Я руки не подаю, дома обмываю одеколоном. Не можете иметь яйца в достаточном количестве, а у меня нет рогаток... Я хочу, чтобы аккуратно доставляли жалованье 20 числа и чтобы продуктивно делать свое дело. Нельзя с одного вола семь шкур содрать, и императрица не может творить чудес и исцелять... а во всяком устроенном образцово заведении умеют и лошадей ковать... Позаботьтесь, чтобы ему (указывает на больного) возвратили отобранные вещи... ведь сиделка чиновница императорского двора, и ей не хватает жалованья, а он хороший малый и без отобранных золотых вещей не может взять первого приза. Его можно вылечить, если не раздражать, а делать ванну из одеколона, иначе он погибнет".

Другой вид нарушения правильности течения ассоциативных реакций имеет иное происхождение; нарушение зависит не от ускорения течения идей, оно не является результатом расстройства внимания, хотя последнее и может глубоко поражаться в этих состояниях и тем более способствует нарушению

---

*) Фамилия больного происходит от этого слова.

ассоциативной деятельности; оно обусловливается первичным поражением сочетательного процесса, что отражается и на мышлении больного, и в его поступках, и в его речах. Мышление представляется бессвязным прежде всего потому, что отдельные части ассоциативного процесса не связываются между собою, из ассоциативной цепи выпадают отдельные звенья; бессвязность может усиливаться и в зависимости от влияния элементов из содержания подсознательной области, не вплывающих в поле ясного сознания, не достигающих надлежащей напряженности и яркости; в таких состояниях и внешние впечатления не вступают в надлежащую ассоциативную связь с ранее образовавшимися представлениями, не происходит сочетательных реакций необходимых для отождествления новых впечатлений с прежними, вследствие чего больной не узнает знакомых лиц, знакомой обстановки, не ориентируется в окружающем, во времени, даже в собственной личности; сознание помрачено и спутано. Сколько-нибудь сложные логические операции в этих состояниях немыслимы. По совершенно справедливому наблюдению Wernicke[**]), такие больные иногда могут правильно выполнить несложное требование, напр., подать руку, высунуть язык, назвать свое имя, возраст; однако, им не под силу задачи, требующие более сложных комбинаций, напр., они могут указать, на какой цифре стоит часовая и минутная стрелка, но не смогут определить времени, они смогут назвать достоинство и число монет, но не назовут их общую стоимость и т. д. Описываемое состояние может проявляться с различной степенью интенсивности; оно может выразиться не только в расстройстве связности речи, но и в дисгармонии и дезорганизации жестов и поступков, может достигнуть степени диспраксии и апраксии.

Meynert [189]) [299]) описал рассматриваемое поражение ассоциативной деятельности при выделенной и описанной им форме душевного расстройства, под названием amentia или острого помешательства; в настоящее время это клиническое понятие видоизменилось и сузилось; описанное расстройство ассоциаций характеризует особенно стенические психозы, психозы истощения, т. наз. астеническую спутанность и инфекционные психозы. Наиболее подходящим термином для обозначения такого течения ассоциаций представляется первичная или астеническая, адинамическая ассоциативная атаксия или бессвязность, так как в основе явления лежит первичное расстройство ассоциативного процесса в виде его слабости и вялости, обусловленных астеническим состоянием или интоксикацией нервных элементов.

Для иллюстрации привожу стенографическую запись беседы врача с больной, обнаруживающей явления астенической ассоциативной атаксии.

В. Скажите, как Вас зовут? О. Сын. В. Как Вас зовут? О. Сын Коля. В. Как же так? О. Имя мое М. В. Да нет. Ваше имя Е. А. О. Да, да, Е. А. В. Какой сегодня день? О. 22 октября. В. Почему Вы каждый день называете 22 октября? О. Все для Шурочки В., коли правда есть зима. В. А кто я? О. Вы, правда, нет, тогда Шурочка В. или Коля. В. Это Ваш сын, а разве я Ваш сын? О. Да разве я знаю. В. Где Вы теперь? О. В лечебнице в Тифлисе, а может быть во дворце. В. Почему Вы во дворце? О. Пусть ответит доктор П., он здесь. (Доктор П. никакого отношения к клинике не имеет). В. Расскажите что-нибудь. О. Да вот Шурочка Д., это я. Вот лотос за весь мир, мир за лотос. Я-Ю. В. Артист Ю.? О. Артист... В. Ваш муж умер? О. Давно. В. Сколько лет назад? (Долго молчит). О. Все для славы. В. Скажите, что я Вам показываю? О. Часы, символ терпения. В. А который час? О. Наоборот, я ничего не знаю. Я еще сделалась святым; уже своим сыном. Петя, правда, введение, откровение, Шаляпин, Катюша С., Катюша Маслова, Шурочка Д., двое, склеп, тюрьма, крест, страдание, но только за отца, тоже символ...

Из приведенной беседы видно, что больная не ориентируется сколько-нибудь удовлетворительно ни во времени, ни в пространстве, ни в собственной личности; ее ответы представляются сочетаниями, законообразность которых часто установить невозможно; вопросы, задаваемые больной, б. ч. не вызывают в ее психике соответствующих ассоциативных реакций. Такое мышление может быть характеризовано, как первичная или астеническая ассоциативная атаксия.

К состояниям астенической и инфекционной спутанности сознания обычно присоединяются различного рода галлюцинации, значительно усиливающие спутанность; вторгаясь а психику больного, галлюцинации, особенно если их много, затрудняют и расстраивают правильное течение мышления, и сами по себе, в связи лишь с условиями нарушения душевной деятельности, их вызывающими, могут приводить к состоянию т. наз. галлюцинаторной спутанности.

Бессвязность мышления, названную мною первичною или астеническою ассоциативною атаксией, следует отличать от бессвязности, наблюдаемой при dementia praecox. Здесь мышление представляется отрывочным, отдельные части его не связаны обычными ассоциативными законами; речь носит характер случайно, чисто внешним образом связанных между собою фраз и слов; нет общих целевых представлений; обычны стереотипные повторения слов и фраз. Мышление отрывочно, бессвязно; разбросанность и разрозненность мысли; в результате также развивается спутанность сознания, на первый взгляд сходная с предыдущей; однако, при астенической или инфекционной спутанности большое значение имеет участие эмоциональной сферы, наличность обманов органов чувств; здесь же эмоциональная окраска речи резко понижена или отсутствует, а кроме того при dementia praecox имеется налицо известная степень слабоумия, влекущая за собою недостаточность ассоциативных процессов.

Прежде чем охарактеризовать описываемое расстройство течения ассоциаций определенным термином, необходимо остановиться на психопатологической характеристике того душевного состояния, при котором оно наблюдается.

[**]) Wernicke, 1. c. [230a]), S. 405.

Уже неоднократно указывалось, что процессы душевной деятельности настолько тесно связаны между собою, что расчленить их нередко бывает очень трудно и даже невозможно; особенно очевидным это становится при изучении патологии душевной жизни, так как здесь приходится наблюдать, главным образом, лишь преимущественное поражение тех или иных процессов. Однако, наблюдаются случаи, когда тесно связанные и спаянные между собою элементы и стороны душевной жизни утрачивают свое связующее начало, вследствие чего получается психический распад, распадение, расщепление личности или индивидуальности; особое внимание рассмотрению условий цельности и распадения личности уделил Wernicke[*]); личность, существование Я, обусловливается связью ряда представлений и их комплексов посредством установления определенных сочетаний, ассоциативных связей, следовательно, наше Я поддерживается ассоциативными процессами; болезненное расстройство, выпадение функции ассоциативной деятельности влечет за собою и поражение личности до степени ее распада включительно. Так как выпадение функции ассоциативных процессов влечет за собою; разделение или расчленение единства душевной жизни, то Wernicke обозначил это расчленение термином Sejunctio, а самое допущение свое о патогенезе психического распада назвал гипотезой расчленения (Sejunctionshypothese).

Гипотеза Wernicke не прошла бесследно, она получила дальнейшее распространение и развитие в исследованиях Stransky'ого и Bleuler'a.

В содержание душевной жизни входят процессы интеллектуальные и эмоциональные, познавательные и чувственные; первые включают в себя ощущения, восприятия, представления, вторые охватывают жизнь чувства, настроения, аффекты; первые по Stransky'ому составляют содержание Noopsyche, а вторые - Thymopsyche. При нормальных условиях те и другие процессы находятся между собою в гармоническом сочетании, - процессы нашего мышления сопровождаются известной чувственной окраской, мы обнаруживаем интерес к целям нашего мышления, - и трудно представить, чтобы та и другая область могла поражаться обособленно. Однако, бывают случаи, когда гармоническое соотношение между Noo- и Thymopsyche нарушается в более или менее резкой степени, страдает, совместная работа указанных процессов душевной жизни становится неуверенной и шаткой, непрочной; это бывает особенно при заболевании, известном под названием dementia praecox, преждевременное или раннее слабоумие; для обозначения описываемого явления Stransky 300-302) предлагает термин интрапсихической атаксии или интрапсихического расстройства координации. Явлений интрапсихической атаксии не встречается при маниакальном и упоминавшемся выше аментивном состоянии, при которых также наблюдается расстройство течения ассоциаций, но обозначенное мною, как апрозексическая атаксия и астеническая ассоциативная атаксия. Понятно, что при понижении и особенно исчезновении чувственной окраски мышления, когда падает интерес и не устанавливаются достаточно отчетливо руководящие цели мышления, при наличности явлений понижения интеллекта речь больных также представляется бессвязной. Такая бессвязная речь, описанная выше, по своему происхождению может быть характеризована, как атимическая ассоциативная атаксия или бессвязность. Развитие интрапсихической атаксии в известных пределах возможно и при других формах болезни, сопровождающихся слабоумием, напр., при эпилептическом слабоумии; возможно при этих болезнях и развитие атомической атаксии. Болезненное нарушение гармонических отношений между умственными и чувственными процессами, достигающее до отчетливо выраженной интрапсихической атаксии, наблюдается при истерии.

Исходя из тех же соображений, как и Stransky, Bleuler называет психопатологические состояния, характеризующиеся расщеплением различных психических функций, шизофреническими, а заболевания, в основании клинической картины которых лежит такое расщепление психической деятельности, шизофрениями (Schizophrenien)[*]). Интрапсихическая атаксия Stransky'ого соответствует, таким образом, шизофреническому состоянию Bleuler'a.

.Принимая во внимание, что при состояниях интрапсихической атаксии Stransky'ого развивается душевное расстройство, характеризующееся в числе других симптомов появлением нарушения ассоциативного процесса, что выражается в бессвязной речи, я предложил назвать такую речь атимической атаксией, имея в виду происхождение ее, как результат нарушения нормальных соотношений, параллелизма между Noo- и Thymopsyche; с одинаковым правом, даже с несколько большим, можно говорить о шизофренической ассоциативной атаксии, так как последним термином обрисовывается полнее разностороннее расщепление душевных процессов, чем терминами Stransky'ого. Причина ассоциативной атаксии, по мнению Bleuler'a, заключается в том, что отдельные звенья ассоциативной цепи, лишенные общего руководящего направления, вследствие отщепления чувственного элемента, подвергаются воздействию подавляемых при нормальных условиях представлений и идей; получается разрозненное мышление, разрозненность речи; при рассматриваемых условиях временами возникает резкая заторможенность душевной деятельности и связанной с нею речевой функции. Рассматривая различные формы речевой спутанности, Stransky обращает внимание и на астеническую атаксию, возникновение которой он признает первичным и которую называет "атактической бессвязностью"; он отмечает, что при этой форме ряды словесных представлений не удерживаются сколько-нибудь продолжительное время, ассоциативные связи страдают очень резко, речь часто прерывается паузами [303]). Следует также иметь в

---

[*]) Wernicke, 1, с. [230a]), S. 112-124, 320.

[*]) Bleuler, 1. с. [285]), S. 5, 10-31.

виду различного рода эмоциональную окраску, наблюдаемую при астенической атаксии и резко пониженную или отсутствующую при шизофренической.

Пример атомической или шизофренической атаксии:

В. Как Вы себя чувствуете? О. В одном положении, боженька. Видите, такой вопрос уже логики является, так уже принято говорить. Тогда говорят, когда говорят, человек больше не животное, когда дело касается разговора. Человек, знаете, живет всегда под наблюдением, что родится, то наше. Я, знаете, не скучаю в таком положении. Новый год вечность есть патент, он для меня нашелся качеством, значит я таким родился. В. О чем Вы думаете? О. Вопрос легко проводить по словам по самому здоровому телу, мир богат в обхождении, поэтому я всегда нахожусь в покое. В. Почему Вы всех называете боженькой? О. Так уж это мне свойственно, фамилию нашу Б., а других так величаю, боженька, язык уже имеет такое качество, язык без костей. В. Где Вы родились? О. Родился я в светлости между Азовским и Каспийским морем, там где Черное море; если поступить из одухотворения, то на Кавказе, где заштатный город, где Георгиевск. В. Сколько времени Вы в клинике? О. В клинике давно уже, знаете должно быть так должно быть, место я нахожу приличным, дело чистое, интерес власти.

Все ответы больного произносятся монотонным голосом, без всякой эмоциональной окраски; большею частью речь больного, сохраняя внешний характер связной речи, то своему существу и содержанию не представляется таковой, обнаруживая типичные черты атомической или шизофренической атаксии.

Еще небольшой отрывок из разговора с больной:

В. Расскажите что-нибудь Е. П. О. Что же Вам скажу, когда в 9 часов будят, что очень вредно, и я совсем не могу танцовать... Мне не нравится, что велят в снегу гулять в 8 час, потом, знаете, фотографию надо снять любительскую, купить фотографию, и я буду снимать... только тогда, когда мне будет 40 лет... Ах, Вы все записали, дуся мой!

Письмо больного студента к матери:

Здоров, кушать больше не хочется; скоро увижусь. До свидания включительно яблок больше не приноси Вася.

Итак, здесь выделено три вида нарушения координации идей, наблюдаемых при душевных заболеваниях. Для обозначения этого сочетательного расстройства я пользуюсь термином психической атаксии или бессвязности, различая 1) апрозексическую атаксию, 2) астеническую или адинамическую атаксию и 3) атипическую или шизофреническую атаксию. Все три вида ассоциативной атаксии достаточно охарактеризованы и иллюстрированы примерами; однако, следует признать, что даже столь характерный признак, как вид ассоциативной атаксии, далеко не всегда является несомненным указанием на определенное душевное заболевание; атаксия может быть недостаточно типичной и отчетливой; для установления распознавания может оказаться необходимым более продолжительное наблюдение больного и установление еще некоторых симптомов.

Ассоциативная атаксия не является исключительным свойством душевного заболевания, так как она эпизодически встречается и у людей душевно-здоровых, но находящихся, напр., в состоянии аффекта смущения; кроме того, она может вызываться искусственно, экспериментальным путем, как это делал Stransky[303]), заставляя исследуемых им душевно-здоровых сосредоточиваться на одном представлении и в то же время быстро произносить все появляющиеся в сознании слова; выше уже упоминалось о влиянии на возникновение ассоциаций некоторых ядов, особенно алкоголя.

Кроме общих расстройств ассоциативной деятельности, наблюдаются еще некоторые частные нарушения, к числу которых принадлежит своеобразное расстройство, известное под названием персеверации [304-303]). Явление персеверации заключается в неуместном и излишнем повторении одного и того же слова или фразы; психологическую причину персеверации следует искать в приостановке ассоциативной деятельности, в упорном непоявлении нового представления, вследствие чего внимание продолжает возвращаться к старому; термин персеверации может быть передан, как ассоциативное или речевое упорство. Персеверация далеко нередко встречается у людей здоровых, особенно при попытках припомнить что-нибудь, при утомлении, при аффективных состояниях, напр., при смущении. Хороший пример персеверации встречаем у непривычных ораторов, не находящих иногда слов для своей речи и смущенно повторяющих несколько раз одно и тоже.

В большом актовом зале одного из русских университетов торжественно праздновался юбилей профессора; в числе лиц, приносивших поздравления юбиляру, явилась дама, желавшая поздравить профессора от имени его пациентов; когда очередь дошла до нее, она обратилась к виновнику торжества со словами: "Глубокоуважаемый профессор, позвольте мне"... дальше она не могла произнести ни слова; она повторила приведенную фразу, четыре раза и затем удалилась, страшно смущенная своей неудачей.

Речевое упорство или персеверация, наблюдается при различных состояниях душевного расстройства; оно является обычным спутником периода возбуждения и отчасти угнетения при маниакально-депрессивном психозе, оно встречается при вышеописанных разновидностях ассоциативной атаксии, особенно же, часто при атаксии шизофренической.

Известное значение при рассеянном и отвлекаемом внимании имеет легкое возникновение привычных ассоциаций, упрочившихся в сознании больного с детства вследствие частого повторения им самим и окружающими; такие ассоциации, легко возникая даже при поверхностном мышлении, нередко носят персеверирующий характер и повторяются совершенно некстати; это явление наблюдается и при различных видах ассоциативной атаксии; напр., заявление больного "язык уже имеет такое качество, язык без костей" обусловлено возникновением привычной ассоциации. Наличность у каждого человека значительного

количества привычных ассоциаций обусловливает при недостаточном сосредоточении внимания появление обмолвок [306]); обмолвки тем легче встречаются у душевно-больных, напр., при маниакальной отвлекаемости внимания, при затрудненном сосредоточении его у психастеников, при состояниях психической слабости, напр., при прогрессивном параличе помешанных.

Чрезмерно частое возникновение ассоциаций по контрасту иногда наблюдается у психастеников и при меланхолических состояниях; оно бывает весьма тяжелым, когда приобретает навязчивый характер и особенно, если относится к предметам, которые больной привык уважать и почитать, напр., к иконам, портретам близких и уважаемых лиц; в этих случаях при возникновении соответствующих представлений в сознании больного появляются неподходящие сравнения, бранные и хульные мысли, переходящие даже в слова и в действия. Подробнее об этих навязчивых состояниях будет сказано ниже.

У людей здоровых количество ассоциаций, развивающихся по различным законам ассоциативной деятельности, весьма разнообразно и подвержено значительным колебаниям; характерно, однако, для здорового человека пользование различными законами ассоциативной деятельности и разнообразие возникающих ассоциаций; удается даже установить приблизительно, в каком взаимоотношении находятся ассоциации лиц душевно-здоровых.

По исследованиям Aschaffenburg'a [307]), произведенным над значительным рядом лиц, у людей здоровых внешние ассоциации (по пространству и времени, тождеству, и привычные ассоциации) значительно преобладают в количественном отношении над внутренними (ассоциации по со- и подчинению, по предикативной связи и причинной зависимости); отношение количества первых ко вторым приблизительно выражается, как 60 : 40, но в отдельных случаях это отношение может быть поколеблено в ту и другую сторону весьма значительно. При уклонении от нормы происходит нарушение ассоциативной деятельности со стороны количества и качества ассоциативного процесса; в результате такого расстройства, только-что нами рассмотренного, возникают не только явления ассоциативной атаксии различного характера, но страдает качество мышления и со стороны количественного взаимоотношения ассоциативных реакций. В состояниях сильного утомления и истощения начинают заметно выступать привычные ассоциации и особенно ассоциации по созвучию и рифме; место последних при нормальных условиях представляется крайне ничтожным; ассоциации по созвучию чрезвычайно обильны при психозах, связанных с истощением организма и сопровождающихся развитием вихря идей [308]). При развившемся вихревом течении идей сначала также выступают привычные ассоциации, все более и более вытесняющие ассоциации по содержанию, а затем в большем и большем количестве появляются ассоциации по созвучию. Исследования, произведенные под влиянием алкогольного отравления и голодания на течение и развитие ассоциаций дали сходные результаты. Таким образом, существует значительное сходство между отношением ассоциативного процесса к алкоголю, голоданию истощению и содержанию его в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. В депрессивных фазах маниакально-депрессивного психоза содержание ассоциативных реакций особых уклонений от нормы не обнаруживает [290]) [297]). Однако, не следует упускать из вида возникновение в этих состояниях ассоциаций по контрасту, что впрочем наблюдается не слишком часто.

XIX.

Расстройство памяти. Гипермнезия, амнезия, парамнезия. Прирожденные и приобретенные расстройства памяти. Общая слабость памяти. Наростающее понижение памяти. Периодическая амнезия. Ретро- и антероградная амнезия. Двойственная и множественная память. Внушенная амнезия. Частичная амнезия. Источники ложных воспоминаний. Двойственные воспоминания или ошибочные отождествления. Конфабуляции. Pseudologia phantastica.

Память в ее целом слагается из способности запоминания и способности воспроизведения; без образования энграмм или следов в центральной нервной системе невозможно удерживание воспринимаемых впечатлений; запоминаемые представления должны вступить в связь с другими элементами психического содержания; этим создаются необходимые условия для воспроизведения (гл. XI); без запоминания нет воспроизведения, так как нет материала для последнего; вместе с тем, о возможности запоминания приходится судить по возможности воспроизведения; поэтому главное внимание при изучении патологического расстройства памяти сосредоточивается на рассмотрении различного рода поражений именно этой способности; способность локализации впечатлений и способность узнавания в значительной степени поглощаются процессом воспроизведения.

Болезненные расстройства памяти проявляются в количественном и качественном отношениях; количественные поражения обнаруживаются в направлении усиления или обострения памяти, т. наз. гипернезии, и в направлении ослабления памяти, т. наз. амнезии, гипомнезии. Качественные поражения памяти выражаются в неправильных, ложных воспроизведениях или обманах памяти, так наз. парамнезиях.

Гипермнезии наблюдаются при различных состояниях изменения душевной деятельности, характеризующих не только определенные клинические формы душевных заболеваний, но также развивающихся в качестве осложняющего эпизода и при других болезнях. В большинстве случаев это состояния, выражающиеся в возбуждении душевной деятельности. В старой и новой литературе о памяти содержится очень много примеров поразительного обострения памяти, главным образом, выражающегося воспоминаниями из раннего детства у людей, попадающих в обстановку, при которой соответствующие

впечатления когда-то возникали и закреплялись; далеко не все из этих примеров достаточно проверены и требуют осторожного к себе отношения; на них построен ряд мелодраматических произведений.

Понятие гипермнезии является понятием относительным и должно быть принимаемо для обозначения обострения памяти данного лица по сравнению с обычно свойственной ему способностью воспроизведения; память различных лиц далеко не одинакова, ей свойственны большие индивидуальный колебания в количественном и качественном отношении; поражающие способности необыкновенных счетчиков и других лиц, обладающих феноменальной памятью, не являются выражением гипермнезии для них самих; у этих лиц память обыкновенно представляется развитой неравномерно или частично, в определенном направлении, не будучи ничем замечательной в других отношениях; путем упражнения и специальных мнемонических приемов память может быть несколько улучшена, но такое совершенствование памяти достижимо лишь в известных пределах и, являясь результатом упражнения при посредстве систематических приемов, не должно быть рассматриваемо, как обострение памяти или гипермнезия.

Гипермнезия представляется явлением преходящим, временным; она встречается при лихорадочных состояниях, связанных с некоторыми инфекциями, при интоксикациях, напр., ядом бешенства*), у истеричных, в период возбуждения при маниакально-депрессивном психозе, особенно в гипоманическом состоянии, т. е., периоде умеренно выраженного возбуждения. Надо полагать, что в указанных состояниях под влиянием повышения температуры, усиления кровообращения или в связи с влиянием на центральную нервную систему некоторых токсических веществ происходит облегченное оживление энграфических соотношений, в результате чего получается более легкое воспроизведение; психологически - развивается облегченное течение ассоциативного процесса, вплывание в сознание представлений очень давно воспринятых и, казалось, забытых, покоившихся в отдаленных уголках нашего психического запаса.

В большинстве учебников и курсов по психологии и психиатрии приводятся примеры замечательных случаев обострения памяти; хотя эти примеры пользуются большою известностью, тем не менее я приведу некоторые из них.

В одном католическом городе Германии захворала горячкой молодая, неграмотная женщина; священники об'явили ее одержимой злым духом, так как в бреду она говорила на латинском, греческом и еврейском языках. Бред был записан, и оказалось, что он состоит из различных изречений, понятных в отдельности, но не имевших никакой связи между собою; лишь немногие еврейские фразы были заимствованы, из библии, большая часть их произносилась на раввинском наречии. Случай казался необ'яснимым без допущения одержимости, и только усиленными стараниями одного врача, тщательно проследившего историю больной, было выяснено происхождение явления. Оказалось, что с 9-летнего возраста больная в течение нескольких лет жила у старого протестантского пастора, ученого специалиста по древним языкам; старик имел привычку расхаживать по коридору, в который выходила кухня, и читал вслух свои книги; книги были разысканы, и среди них оказалось несколько томов, написанных греческими и латинскими отцами церкви, и собрание писаний раввинов; многие места из этих книг оказались тождественными с изречениями, записанными у постели больной. Таким образом выяснилось происхождение оживившихся в лихорадочном состоянии давних впечатлений неграмотной женщины.

Другой случай относится к человеку, получившему ушиб головы и впавшему вследствие этого в бессознательное состояние; когда состояние его улучшилось, он заговорил на незнакомом никому в больнице валлийском языке; впоследствии выяснилось, что больной тридцать лет не был в Валиссе и совершенно, казалось, забыл свой родной язык, на котором никогда не говорил за все это время; выздоровев, он снова заговорил по-английски, утратив совершенно способность говорить на валлийском языке*).

Мне пришлось близко наблюдать девочку в возрасте двух с половиною лет, заболевшую стрептококковой ангиной; болезнь сопровождалась значительным повышением температуры; в лихорадочном периоде ребенок произносил наизусть прочитанную ему до заболевания несколько раз сказку в стихах, размером в двенадцать страниц большого формата; далеко не все слова этой сказки были ему понятны, но произносились совершенно правильно; кроме того, ребенок требовал, чтобы ему читались вслух рассказы из знакомого ему сборника, написанного в прозе; когда ухаживавшие за больной не могли найти в книге интересовавшие девочку места, она брала книгу и перелистывая страницу за страницей, по рисунку напечатанного текста (красные строки) узнавала, что ей было нужно; указанные ею места текста как раз были теми, прочтения которых требовала больная. Вместе с выздоровлением девочки описанное обострение памяти выравнялось, и девочка, вообще обладавшая хорошей памятью, уже не была в состоянии проявлять ее в таких размерах, как это было во время болезни.

Лица, наблюдавшие больных маниакально-депрессивным психозом в периоде развития маниакального состояния, неоднократно могли отметить у этих больных облегченное воспроизведение давних впечатлений; суб'ективно больные нередко отмечают по выздоровлении, что в этом периоде они переживали необычайную легкость мышления и облегченную работу памяти, что доставляло им большое удовольствие.

Иногда облегчение воспроизведения удается наблюдать в гипнотическом состоянии, что неоднократно отмечалось в литературе[379]); по-видимому, это об'ясняется тем, что в гипнозе легче воспроизводятся впечатления, хранящиеся в несознаваемой сфере душевной деятельности.

Слабость памяти, выражающаяся в различных степенях и особенностях ее понижения и утраты, известная под названием амнезии и гипомнезии, может быть врожденной и приобретенной; та и другая

---

*) Bonhoeffer, 1. с. [287]), S. 72. Корсаков, 1. с. [227]), T. I, стр. 137.

*) Оба случая приведены по Karpenter'y, 1. с. [234]), т. II, стр. 12-13.

может носить общий или частный, избирательный характер, т. е., распространяться более или менее равномерно на воспроизведения представлений различных категорий, или охватывать представления, преимущественно, определенного содержания; содержание понятия приобретенной амнезии составляют случаи общей слабости памяти, случаи нарастающего понижения памяти или прогрессирующей амнезии, случаи периодической амнезии, случаи ретроградной и антероградной амнезии, случаи двойственной или множественной памяти и, наконец, случаи внушенной амнезии.

Прирожденная слабость памяти наблюдается у лиц, представляющих различные степени умственного недоразвития, т. е., идиотии, тупоумия, умственной отсталости. Особенно страдает у таких лиц способность воспроизведения, теснейшим образом связанная с состоянием ассоциативных процессов. Наиболее резко поражена память у идиотов, она не выходит за пределы памяти ощущений, инстинктов, влечений, органических чувствований; она глубоко ограничена, как в количественном, так и в качественном отношении. Память тупоумных, обладающих более высокими умственными способностями, чем идиоты, шире и глубже по сравнению с последними, тем не менее при изучении ее в ней обнаруживаются большие недочеты; это по преимуществу память механического характера, отстающая при развитии ассоциативного процесса, плохо воспринимающая там, где для этого необходимо сосредоточение внимания; этим об'ясняется, что тупоумные плохо запоминают числа и с большим трудом научаются четырем действиям над ними. Память отсталых развивается лучше, у них уже отчетливо могут быть выражены типы памяти, намечающиеся и у тупоумных; однако, по сравнению с памятью нормальных лиц, она весьма недостаточна: она слабее нормальной приблизительно на 20% (Ranschburg[309])), в смысле непосредственного запоминания, и настолько же слабее, в смысле продолжительности удержания воспринятого; время воспроизведения у них также замедлено по сравнению с нормой. Кроме того, память отсталых носит неравномерный, избирательный характер [310-311]). Избирательный характер поражения и состояния памяти у тупоумных и отсталых бывает выражен неодинаково отчетливо: то дело идет о большей или меньшей способности запоминать цифры, собственные имена, названия предметов и т. под., то наряду с известной степенью слабости памяти некоторые стороны ее не только не представляются пониженными, но обнаруживают явления несомненной гипермнезии. Так, напр., иногда наблюдается у идиотов хорошая музыкальная память, хорошая память на числа, имена, даты времени, стихи; в литературе описаны случаи, относящиеся к тупоумным и умственно отсталым людям, поражавшим частичным развитием своей памяти; так, один знал все дни погребений умерших своего округа за 35 лет, их имена, возраст и имена родственников (Winslow), другой знал имена, фамилии, возраст и дни рождения всех больных и служащих заведения, по данному ему числу месяца он тотчас называл день недели текущего, прошедшего и будущего года (v. d. Kolku. Jansens); подобный же случай наблюдал Kraepelin[312]). В литературе описано много аналогичных случаев, а также случаев, в которых частичное развитие памяти поражает еще большими размерами. Память идиотов, тупоумных и отсталых носит выраженный механический характер.

Общее ослабление памяти, наблюдаемое в качестве приобретенного поражения функции центральной нервной системы, обычно сопровождает органические поражения головного мозга, являясь одним из существенных симптомов этих заболеваний. Слабость памяти может быть выраженной сравнительно легко и может достигать чрезвычайной степени развития в различных периодах болезни. Особенно сильно страдает память при прогрессивном параличе помешанных, при старческом слабоумии, при т. наз. Корсаковском или полиневритическом психозе (cerebropathia toxaemica). Подробное описание и разбор этих трех заболеваний принадлежит частной патологии душевных болезней; здесь же необходимо отметить, что слабость памяти при указанных заболеваниях, представляющая много общих черт, имеет в то же время свои особенности и оттенки. При прогрессивном параличе особенно страдает восприятие и усвоение, способность заучивать и внимание; вследствие этого получается неправильная обработка содержания воспринимаемого материала, и при воспроизведении возникают грубые ошибки; при старческом слабоумии расстройство сосредоточения внимания отступает на второе место по сравнению с падением способности заучивать и с уменьшением об'ема памяти вообще; особенно трудно удерживаются в памяти имена и числа; при психозе Корсакова сильнее всего страдает способность воспроизведения и меньше поражается способность узнавания предметов и лиц; память заучивания сохраняется значительно лучше, чем в предшествующих случаях; при последнем заболевании расстройства памяти выражаются еще рядом особенностей, о которых будет сказано ниже. У больных преждевременным или ранним слабоумием также наблюдается расстройство памяти, обусловленное, главным образом, нарушением функции сосредоточения внимания и усвоения, понимания воспринимаемого [313-314]).

Ribot была отмечена известная закономерность в развитии общей слабости памяти (стр. 108), выраженная им в законе обратного развития памяти[*]); по этому закону в случаях общего наростающего понижения памяти или прогрессирующей амнезии последняя развивается в следующем порядке: раньше всего исчезает память ближайших, текущих событий, фактов; за ними следует память общих идей, чувствований (напр., чувство дружбы, вражды), привычек, действий; содержание памяти утрачивается в направлении от нового к старому и от сложного к простому; имена собственные забываются легче и раньше всего, за ними следуют имена существительные, имена прилагательные и глаголы, междометия и жесты. В случаях улучшения и восстановления пораженной памяти, оно происходит в порядке обратном ее утрате, т.

---

[*]) Ribot, 1. с. [205]), стр. 166-168.

е., в направлении от событий давних к новым и от действий к фактам, от жестов к именам собственным. Закон Ribot был подтвержден в главных чертах и другими исследователями и даже разработан детальнее[**]); особенно отчетливо он бывает выражен в случаях постепенного и равномерного наростания упадка памяти, напр., при старческом слабоумии, при полиневритическом психозе, при сифилитических поражениях головного мозга [315-316]). Случаи восстановления памяти, хорошо прослеженные, редки; тем не менее они известны, относятся, преимущественно, к сифилитическим поражениям головного мозга и полиневритическому психозу; очень интересный случай, в общем подтверждающий закон Ribot, сообщен Pick'ом[317]) и относится к женщине, страдавшей душевным расстройством после родов и перитонита. Закон Ribot не представляет собою непреложного явления, нередко наблюдаются уклонения от него, напр., страдает память текущих событий при сохранении памяти на собственные имена, но в главных чертах он формулирован правильно.

Описанный порядок развития наростающего понижения памяти об'ясняется тем, что прежде всего страдает способность воспроизведения впечатлений, менее закрепившихся развитием ассоциативных связей, более новых, мало повторяющихся, менее привычных, сопровождающихся сравнительно небольшой эмоциональной окраской; это психологическая сторона явления, имеющего патологическую основу: там, где органически поражен субстрат психических процессов, головной мозг, не могут удовлетворительно развиваться, закрепляться и воспроизводиться впечатления, особенно новые, которые и страдают первыми; большая привычность и прочность впечатлений связана, конечно, и с большим расположением анатомических путей и биологических процессов к их привычной функции.

Лица, страдающие наростающим упадком памяти, утрачивают в значительной степени способность локализировать события в пространстве и времени; это расстройство является естественным последствием лежащего в его основании психопатологического процесса; способность локализации впечатлений обусловливается установлением их последовательной связи с другими впечатлениями; раз такая связь не устанавливается прочно или совершенно не образуется, не может возникнуть сколько-нибудь удовлетворительной локализации в пространстве и времени, особенно во времени. Этим об'ясняются, напр., грубые ошибки в определении собственного возраста и возраста близких лиц, наблюдаемые часто у больных, обнаруживающих явления прогрессирующей амнезии.

Остановимся на примерах описываемого явления.

Старческое слабоумие. Больной 72 лет, до начала болезни нес весьма ответственные обязанности, связанные с его службой, требовавшей значительного напряжения внимания и не всегда безопасной. Ослабление памяти было замечено окружающими с осени 1915 года. Больной забывал дни, путал дела, забывал о необходимых действиях по службе; будучи военным, он позабывал о назначенных смотрах и приемах, неправильно одевал форму; с декабря 1915 года ему нельзя было поручить сколько-нибудь сложной работы; он путал и забывал имена близких знакомых; повторял одно и то же по несколько раз; в феврале и в марте 1916 года больной нередко являлся на службу в семь часов утра и очень удивлялся, не находя никого на месте; тогда же было замечено, что в письме его оказываются пропущенными не только буквы, но целые слова; весною, в апреле и мае, больной забыл, где находится место его службы, он не мог найти своей квартиры сам и не мог никому об'яснить, где он живет; были случаи, что он по 7-8 часов ездил по городу, не будучи в состоянии попасть домой, в конце концов, его доставляла домой полиция, узнав его адрес по его имени, и фамилии. В половине мая больной подал своему начальству довольно длинный рапорт, из которого видно, что он не помнит надлежащим образом имен своих сыновей, двух из них называет одним и тем же именем и не знает даже приблизительно, чем они занимаются и какое служебное положение имеют; собственное служебное положение в это время больной тоже представлял смутно. В июне, будучи в клинике, больной почти никого не мог назвать по имени, всех своих сыновей он называл одним именем, которое тоже с течением времени позабыл; при постоянных посещениях врачей он заявлял, что видит их в первый раз, он не был в состоянии припомнить только-что минувшие события, напр., что он только-что пообедал. Свой возраст больной определял неправильно, ошибаясь на 30 - 40 лет; он так и не мог усвоить, что находится в клинике, заявлял, что он вчера или сегодня утром сюда приехал; наконец, он перестал узнавать своих сыновей в лицо; целыми днями щипал корпию, сначала смутно вспоминал турецкую войну, 1877 - 78 года, потом забыл и об этом. Первое время пребывания в клинике мог писать, пропуская буквы и слова, б. ч. повторял многократно одно и то же слово или бессвязную фразу, затем и эта способность утратилась. Первые недели пребывания в клинике еще можно было отметить манеры и привычки человека, привыкшего распоряжаться, но затем все это исчезло. Больной скончался в декабре 1916 года. Амнезия его достигла крайней степени развития за 1 - 1 1/2 месяца до смерти, - больной не мог говорить, не мог написать связной фразы.

В описанном случае нароставшее расстройство памяти соответствует довольно близко схеме, установленной Ribot. Можно было бы привести немало примеров такого упадка памяти, при котором больные, как в только-что описанном случае, не были в состоянии вспомнить не только имен своих детей, но даже своего собственного имени и рода своих занятий, когда больные настолько не ориентировались во времени, что даже приблизительно не определяли времени года и даже часа дня.

Частичный характер расстройства памяти в некоторых случаях бывает выражен очень отчетливо и не всегда строго соответствует схеме Ribot. Напр., один из клинических больных, называя приходивших к нему

[**]) Offner, 1. c. [207]), S. 247-283.

врачей по имени и отчеству, в то же время не помнил, виделся ли он с ними и когда; таким образом, у него страдала память фактов и локализация их во времени при сохранении памяти на собственные имена.

Под названием периодической амнезий я подразумеваю такие случаи, когда утрата памяти, точнее, способности воспроизведения, распространяется на некоторый промежуток времени, как бы выпадающий из сознания больного, при чем это явление время от времени повторяется; в течение периодов времени, на которое амнезия распространяется, сознание больных бывает измененным, что и обусловливает последующую амнезию. Периодическая амнезия наблюдается при психических приступах падучей, при истерическом психоневрозе, при состояниях т. наз. автоматизма, с которыми подробно мы познакомимся впоследствии.

Дальнейшие виды расстройства памяти носят название ретроградной и антероградной амнезии; эти термины установлены Ribot, Azam[318]) и Charcot [319-321])[*]). Под ретроградной амнезией подразумевается расстройство способности воспроизведения впечатлений, относящихся к периоду времени, предшествующему началу заболевания; напр.,. вслед за полученной травмой выпадают из памяти впечатления, полученные в течение известного периода времени, предшествующего травме, т. е., в то время, когда заболевший должен был рассматриваться, как здоровый; амнезия, охватывающая впечатления, полученные после начала заболевания, называется антероградной; амнезия может охватывать время, предшествующее заболеванию, распространяясь и на события, наступившие после его начала, в таком случае амнезия получит характер смешанный - ретро-антероградной формы. Выражения - ретроградная и антероградная амнезия - могут быть переданы по-русски, как утрата памяти предшествующего и последующего. Эти виды амнезий отдельно или в сочетании чаще всего встречаются, как последствие травмы черепа, сопровождающейся сотрясением мозга (commotio cerebri); они наблюдаются при истерии, иногда вслед за психической травмой, вслед за падучными приступами или падучевидными приступами при артериосклеротическом поражении головного мозга, при старческом слабоумии; они бывают при хроническом алкоголизме[322]), при полиневритическом психозе.

Вечером в день окончания государственных экзаменов в университете только-что сдавший эти экзамены молодой человек X. справлял с товарищами вечеринку; порядочно выпив спиртных напитков, компания ночью вздумала прокатиться на автомобиле; при поездке X. сидел впереди, рядом с шофером; произошло несчастие: автомобиль налетел на тумбу, и толчком X. был выкинут на тротуар, при чем ударился головой о фонарный столб; X. был доставлен в бессознательном состоянии в губернскую земскую больницу; никаких существенных повреждений в связи с полученной травмой у него обнаружено не было, исключая умеренного кровоподтека в теменной области; в течение дня больной пришел в себя; у него была рвота, жаловался на головную боль; в течение двух-трех дней самочувствие больного настолько улучшилось, что с ним можно было беседовать; он жаловался на головокружения, головную боль, сердцебиения, шум в ушах, общую слабость; были отмечены и другие признаки травматического невроза, как учащение сердечной деятельности, дрожание, дермографизм. Выяснилось, что из памяти X. выпал ряд событий, предшествовавших травме: он не помнил, как он сдал государственные экзамены, лишь помнил, что он начал их сдавать; не помнил, что он окончил курс, ничего не помнил о вечеринке с товарищами и о поездке на автомобиле; он долго не мог понять, как и почему он очутился в больнице; в его сознании не воспроизводились и текущие события: он не помнил окружающих лиц, сиделок, врачей, каждый раз встречал их, как незнакомых; не помнил, что я его исследовал; не помнил, сколько времени он находится в больнице; время он определял с запозданием на несколько недель (от начала экзаменов); лишь постепенно здоровье X. восстановилось, память его окрепла недели через три, а еще через некоторое время он припомнил события, предшествовавшие заболеванию, вплоть до поездки на автомобиле.

Ясно, что в описанном случае дело идет о ретроантероградной амнезии, вызванной травмой; алкогольное отравление и экзаменационное утомление, связанное с волнениями, по-видимому, имели значение предрасполагающего момента. Следует отметить, что у X., как это обычно бывает в подобных случаях, пострадала не столько способность запечатлевать события, сколько способность их воспроизведения; это видно из того, что с восстановлением последней первая оказалась удовлетворительной.

Замечательный случай амнезии приводит Naef[323]).

N., 32-х лет, с тяжелым наследственным отягощением, выражавшимся в головокружениях и проявлениях истерии. Расстройство памяти наблюдалось у N. еще в юношеском возрасте. Обратившись за помощью к врачу по поводу головных болей, приливов к голове, похолодения конечностей и других нервных симптомов, N. подробно рассказал о событиях своей жизни, при чем обнаружилось, что из памяти его выпал значительный период, охватывавший приблизительно 8 -9 мес. N. знает совершенно точно, что осенью 189... года он находился в А. ради пополнения своих прерванных занятий; еще до ноября кое-что сохранилось в его памяти, затем наступает полная амнезия, полное отсутствие воспоминаний, и постепенно восстановление способности воспроизведения отмечается лишь с начала июня следующего года. Он вспомнил себя находящимся на борту английского парохода, приближавшегося после продолжительного плавания к Европе, воспоминания были смутными, он не помнил названия парохода, но вспомнил, что он выехал из города 3. в Австралии и должен высадиться в Неаполе; он не помнил, познакомился ли с кем-нибудь на пароходе, помнил, что не говорил на немецком языке, что помещался в каюте II класса с одним ирландцем; он помнил, что в пароходной библиотеке были некоторые английские книги, из мест остановок помнил только Неаполь и смутно Порт-Саид; о времени прибытия в Неаполь он не помнил. Воспоминания о дальнейших событиях становятся все полнее и точнее. Как выяснилось позднее, осенью 189... года N. действительно занимался в А., где ему было предложено хорошее назначение в Австралию, которое он принял и переехал туда в начале нового года, остановившись в

---

[*]) Многие авторы (Naef, Корсаков и др.) приписывают установление этих терминов одному Charcot; сам же Charcot совершенно справедливо ссылается на Ribot и Azam.

приморском городе 3. на несколько недель; из еженедельно посылавшихся им писем к родным видно, что ничего особенного за это время с ним не произошло; с 6 мая корреспонденция обрывается вследствие служебной поездки N. вглубь страны. Выяснилось, что в О. пациент заболел лихорадкой, сопровождавшейся бессонницей и подавленностью, по поводу чего он обращался к врачам, которые посоветовали ему вернуться на берег океана. С момента от'езда из О. все сведения о N. утрачиваются, известно только, что на станции L. его видела знакомая дама, на приветствие которой он не ответил, и что пассажир, похожий по описанию на N., уехал под именем Corona на пароходе Oroya в Неаполь.

По возвращении в Европу N. сначала поселился в Zurich'е, где вел очень уединенный образ жизни; однажды, когда он сидел в ресторане, его внимание привлекла газетная заметка, в которой сообщалось, что N. (было полностью названо имя), уехавший несколько месяцев тому назад с официальным поручением в Австралию и там находившийся, исчез бесследно; высказывалось предположение, что он сделался жертвой преступления или погиб от туземной лихорадки; в другом номере газеты появилась заметка, что N. видели в одном приморском городе. Когда N. прочел эти заметки, ему вдруг стало ясно, что речь идет о нем; вслед за этим он обратился к врачу.

N. был подвергнут ряду гипнотических внушений и с течением времени под влиянием этого лечение он вспомнил до последних мелочей все, что с ним происходило за время амнезии. N. вспомнил о своей болезни, вспомнил, для чего он приехал в Австралию, свои дела и знакомства, завязавшиеся в Австралии и на пароходе, название парохода и имя капитана, остановку на Цейлоне, во время которой он предпринимал небольшие поездки по острову и восхищался тропической растительностью, подробно передавал сведения о политическом и экономическом положении посещенной им страны; он вспомнил даже, как он провел ночь перед отплытием в Европу в настолько маленькой комнате гостиницы, что в ней не мог поместиться его багаж, и как он брал пароходный билет.

Автор справедливо рассматривает описанный им случай, как ретро-антероградную амнезию, развившуюся у страдающего истерией человека, в связи с инфекционным заболеванием. Амнезия обусловливалась тем, что N. в периоде, выпавшем из его памяти, находился в состоянии амбулаторного автоматизма[324]); это особое состояние психической деятельности, связанной с поступками и протекающей вне ясного сознания, вследствие этого между психическими процессами, протекающими в это время, и между психическими процессами, развивающимися при ясном сознании, не устанавливается прочных ассоциативных связей; в результате получается пробел памяти или выпадение известного периода из памяти больного, амнезия. Истерическая амнезия, как видно из приведенного описания, также обусловливается невозможностью или затруднением воспроизведения, а не отсутствием запечатления протекших событий, которые могут быть воспроизведены при известных условиях; в описанном случае воспроизведения удалось достигнуть посредством гипнотических внушений.

Под названием периодической или перемежающейся амнезии Azam подразумевает периодически повторяющиеся амнезии, связанные с состояниями раздвоения личности; эти состояния выражаются в том, что больной живет как бы двойною жизнью, живет в двух состояниях, отличающихся одно от другого по психическому складу, чертами характера; при этом в каждом из состояний А сохраняется воспоминание событий, происходивших в предшествующих состояниях А; в состояниях Б сохраняется воспоминание о других состояниях Б; в состоянии А больной не знает, что происходило с ним в состоянии Б. В литературе описаны случаи не только раздвоения личности или раздвоения сознания, но также случаи, когда больные переживали несколько особых состояний, случаи множественной личности, множественного сознания. Один из самых старых случаев раздвоения личности приводится Mac-Nish; он относится к 1816 году и касается одной американки, жизнь которой протекала в двух психических состояниях, настолько резко отграниченных одно от другого, что больная в каждом из этих состояний утрачивала все сведения, приобретенные в другом: она должна была в каждом из двух состояний выучиться грамоте, чтобы быть грамотной, чтобы быть знакомой с кем-нибудь, она должна была знакомиться с ним два раза.

Первое тщательно составленное на основании наблюдения в течение нескольких десятков лет описание раздвоения и даже "растроения" личности принадлежит Azam'у.

В случае Azam'а дело идет об одной особе, которую автор называет Felida X. Она родилась в 1843 году; около 13-ти лет, в периоде полового созревания, у нее появились признаки истерического невроза; она была швеей, работала прилежно и обнаруживала вполне удовлетворительное умственное развитие. В возрасте 14 1/2 лет однажды Felida без видимой внешней причины почувствовала сильную боль в висках и погрузилась в сноподобное состояние, продолжавшееся минут 10; когда вслед затем она открыла глаза, по-видимому, проснулась, она оказалась во втором состоянии, продолжавшемся около двух часов; наступило снова сноподобное состояние, после которого Felida очнулась уже в своем обычном, первом состоянии. Такие смены состояний повторялись каждые 5 - 6 дней, иногда реже, при чем Felida, переходя в новое состояние, забывала о предыдущих. У нее наблюдались время от времени судорожные приступы истерии.

Felida при исследовании ее в первом состоянии оказалась очень интеллигентной и образованной для своего общественного положения особой; она печального, угрюмого характера, серьезна и неразговорчива, сдержанна и очень усердна к работе; сторона чувства развита у нее, по-видимому, очень слабо. Felida сильно занята мыслью о своей болезни. Это состояние А. Внезапно, иногда после волнения, Felida погружается в сноподобное состояние, из которого, однако, ее не удается вывести болевыми раздражениями, продолжающееся 2 - 3 минуты, а иногда и значительно дольше. Она приходит в себя, но уже не находится в состоянии А, она уже другая; она поднимает голову и весело, с улыбкой приветствует окружающих; лицо ее выражает веселье, и, напевая песенку, она принимается снова за шитье; время от времени она встает, прохаживается, совершенно не жалуется на нездоровье, занимается по хозяйству, ходит по городу, бывает в гостях; она весела и подвижна, как свойственно ее возрасту; она шаловлива, обнаруживает живое воображение, легко волнуется из-за мелочей, вместо апатичной становится слишком чувствительной. В этом состоянии Б Felida помнит все, что было с нею в других состояниях Б и в ее нормальной жизни, т. е., в состоянии А, хотя сама она считает для себя нормальным состояние Б. Через несколько часов наступает состояние А, в котором Felida ничего не помнит о

состоянии Б, она с жаром принимается за работу, но ей долго приходится соображать, что нужно делать, так как ею забыто все, сделанное в состоянии Б. Границы амнезии определяются точно началом и окончанием периода состояния Б. Кроме состояния А и Б, у Felid'ы изредка наблюдается еще третье состояние В: за 16 лет супружества муж ее заметил это состояние раз 30; оно развивается после сна при переходе из состояния Б в А, продолжается короткое время, сопровождается аффектом страха; в этом состоянии она узнавала только молодого человека, который впоследствии на ней женился. Для характеристики разницы в отношении Felid'ы к себе и к окружающему в состояниях А и Б можно привести примеры: открыв у себя беременность в состоянии А, Felida была неприятно поражена этим обстоятельством; убедившись в том же в состоянии Б, она отнеслась к этому совершенно иначе, легко и весело; в состоянии Б она не узнала своей домашней собачки, которая к ней ласкалась. Временами переходы из одного состояния в другое прекращались на несколько лет, а иногда состояние Б затягивалось на несколько месяцев. Впоследствии Felida настолько освоилась со своей болезнью, что при неожиданно совершившемся переходе в другое состояние она старалась быстро в нем ориентироваться, что ей удавалось; напр., в 1874 году она возвращалась однажды с знакомыми в траурной карете с похорон; незаметно для спутников ее состояние изменилось, и она не могла понять обстановки, ее окружавшей; она выждала, прислушалась к разговору, поняла в чем дело; никто из присутствовавших не заметил, что с нею произошло. Случаи, аналогичные приведенному, происходили с нею нередко [325-328]).

В настоящее время случаев, подобных приведенному, описанию в литературе довольно много [329-333]), описаны даже случаи, в которых дело идет о множественных изменениях личности и сознания.

Кроме сознаваемой нами душевной жизни, есть обширная несознаваемая область психических процессов (стр. 141-144), в которой тем не менее происходит очень сложная работа; в несознаваемой душевной жизни образуется много впечатлений и различных сочетаний, которым не пришлось войти в поле ясного сознания; если вследствие болезненных условий область сознания душевной жизни сузилась до крайних пределов, а ее место вытеснили автоматические механизмы и реакции несознаваемой душевной жизни, то понятно, что это состояние может быть связано с амнезией того, что происходило в период жизни при ясном сознании, и обратно; в тех случаях, в которых тем или иным способом удается установить сочетательные связи между психическими процессами, происходившими в сознаваемой и несознаваемой области, возможно бывает вызвать и воспроизведение событий из области несознаваемой, что является доказательством запечатления этих событий в памяти при нарушении способности воспроизведения; так было в случае Naef'a, в котором посредством гипнотического внушения было достигнуто детальное воспроизведение всего, происходившего в длительном состоянии автоматизма.

У истеричных и внушаемых людей посредством внушения в гипнотическом состоянии удается вызвать амнезию некоторых событий и даже известных периодов времени с заполняющими их событиями.

Частичные приобретенные амнезии обыкновенно наблюдаются при органических поражениях головного мозга, как поражения, обусловленные артериосклеротическим процессам, атрофией нервных элементов при старческом слабоумии, поражения мозговой коры при прогрессивном параличе помешанных и сифилисе мозга. Такие амнезии могут быть весьма ограниченными и более распространенными; напр., болезненное явление может выразиться в невозможности воспроизведения названия самых обыденных, знакомых предметов и может выразиться в невозможности произвольной правильной речи (парафазия) при сохранившемся ее понимании и возможности правильного повторения слов; может выразиться в словесной глухоте, непонимании обращенной к больному речи. Здесь не место излагать обширное и сложное учение об афазиях и асимволии вообще, упомяну лишь о явлении, известном под названием апраксии; оно заключается в том, что больной, вследствие нарушения связей между областями соответствующих представлений и двигательными центрами, утрачивает возможность выполнения различных двигательных целесообразных актов, поступков, напр., не умеет взять рукой какой-либо предмет, не в состоянии написать слово (аграфия); явление наблюдается при органических поражениях головного мозга, но встречается также в качестве нередкого спутника истерических состояний, при которых оно является временным и вполне восстановимым.

Обманы памяти или парамнезии состоят из ложных, ошибочных воспроизведений и из двойственных воспоминаний.

Как известно, ложные или ошибочные воспоминания, иллюзии памяти, наблюдаются и у людей здоровых (стр. 110); у людей больных, особенно при заболеваниях, сопровождающихся в числе других симптомов поражением памяти, иллюзии памяти встречаются сравнительно часто.

Источники ложных воспоминаний различны: они могут черпаться из действительных событий, из слышанного и прочитанного, из сновидений и просто из представлений и идей, почему-либо появившихся в сознании больного. Ложные воспоминания наблюдаются при расстройствах памяти, как органического, так и функционального происхождения, при общей нарастающей и ретро-антероградной амнезии; в одних случаях они являются несущественными эпизодами среди других симптомов болезни, в других они обращают на себя особое внимание. Так, больной машинист, страдавший травматическим психозом, развившимся у него после падения в реку вследствие провала моста под паровым катком, которым он укатывал земское шоссе, страдая резко выраженной амнезией, очень часто заявлял, что он только-что видел своего помощника, которому велел принести ключ, чтобы идти приготовить каток [334]). Подобные же заявления больных приходится слышать при старческих психозах, при прогрессивном параличе помешанных и особенно при полиневритическом психозе Корсакова[335]) и при заболеваниях, сопровождающихся развитием т. наз. синдрома Корсакова, заключающегося в ретро-антероградной амнезии, ложных воспоминаниях и конфабуляциях. Не будучи в состоянии воспроизводить полученные

впечатления, напр., забывая, что он только-что видел вышедшего на минуту из комнаты врача, больной приветствует незнакомого человека, как старого знакомого; один больной проф. Корсакова, лежавший уже несколько недель, постоянно повторял: "Я залежался сегодня, сейчас встану", а другой, ежедневно электризовавшийся, ежедневно повторял: "ох, уж это электричество, я его всегда боялся". В то же время больные рассказывают о различных будто бы случившихся с ними эпизодах, на самом деле не имевших места, напр., что они только-что имели с кем-нибудь деловое свидание, только-что ездили за покупками, только-что вернулись с охоты и т. д.

Мальчик, 9-ти лет, Е., поступил в лечебницу 3 декабря 1914 года и находился там до 27 января 1915 г. Поступление его в лечебницу имело целью выяснить состояние его умственных способностей, так как им было сделано заявление о совершенном на его глазах преступлении, которое при расследовании не подтвердилось. При поступлении в лечебницу Е. рассказал, что гулял с товарищами накануне Рождества, они встретили неизвестного мальчугана лет 12, одетого в черное платье, черную шапку и белые с красными "мушками" валенки; с этим мальчуганом у них произошла ссора, во время которой его товарищ выхватил из кармана большой нож и ударил неизвестного мальчугана в грудь; тот упал мертвым. Сначала мальчики перепугались, но затем решили похоронить убитого, чтобы скрыть преступление; они отнесли его в ближайший лесок и закопали его в снегу среди молодого ельника. На допросе Е. заявил, что он видел потом в окно, как один из убивших отмывал кровь со своих рук. Рассказ мальчика дышал искренностью, он передавал подробности убийства со слезами на глазах. Неудивительно, что до помещения его в лечебницу было произведено детальное следствие, которое совершенно не подтвердило заявления Е. При медицинском исследовании Е. выяснилось, что в рассказах Е. о взволновавшем его событии отмечаются противоречия, что 24 декабря он, видимо, был дома, с 25-го у него обнаружилось легкое инфекционное заболевание, и он лежал в постели, а 29-го рассказал матери о происшествии.

Анализируя описанный случай, автор его приходит к выводу, что Е. испытал яркое сновидение, которое смешал с действительностью и передавал за истинное происшествие. С течением времени рассказ мальчика утратил свою живость и изгладился из его памяти, но еще в апреле 1917 г. он передавал свои впечатления с заметным волнением [336]).

П., 31 года, с высшим образованием, находился в клинике по поводу истерического психоневроза, выражавшегося в числе других симптомов расстройствами памяти; анализируя вместе с ним его переживания и события последнего времени, удалось выяснить, что он очень плохо помнит, что с ним было в течение августа и части сентября месяцев; из этого времени сохранилось только яркое воспоминание, точной даты которого он установить не мог, но передавал его в деталях и с заметной эмоциональной окраской; воспоминание заключалось в следующем: около 5 час. утра он сел на гидроплан в устье Невы, около Морского канала, взяв с собою в качестве наблюдателя вольноопределяющегося Г., бывшего студента Технологического института; поднявшись на высоту 400 - 500 метров, они взяли направление вверх по течению Невы к Шлиссельбургу; приблизительно в течение 1 1/4 часа они пролетели это расстояние и начали планировать для спуска; при посадке на землю сломалось шасси и крылья аппарата; при этом несчастном случае Г. сломал ногу и был доставлен в Шлиссельбург местными жителями; сам П. не пострадал; аппарат был погружен на пароход и отправлен в Петроград.

При самой тщательной проверке этого рассказа выяснилось, что никакого случая с П. не только не было, но что он даже не летал на гидроплане; похожий случай был опубликован в газетах, но произошел он в другом месте и с другими лицами; по-видимому, это и явилось источником ложного воспоминания П., которое с течением времени весьма заметно потускнело.

Под двойственными воспоминаниями подразумевается особое явление со стороны психической деятельности, заключающееся в том, что воспринимаемая окружающая обстановка и текущие события не определяются в качестве новых, а воспринимаются, как уже известные, знакомые, когда-то в прошлом переживавшиеся; при этом отнесение переживаемого к прошлому не отличается особой определенностью, событие представляется в прошлом довольно туманным и расплывчатым, давность его также не устанавливается; обычно такая двойственность впечатления скоро проходит. Описанное явление знакомо многим; оно наблюдается при сильном утомлении, у психастеников, истериков, эпилептиков, при неустойчивости нервной системы в периоде возмужалости; иногда явление развивается во сне, когда у спящего получается впечатление, что испытываемое им сновидение снится не в первый раз. Таково в общих чертах явление, отмеченное Jensen'ом [337]), Sander'ом [338]), а позднее и другими авторами [380]).

Sander приводит один из наиболее ярких примеров рассматриваемого явления.

В случае Sander'а дело идет о больном 25-ти лет, с 13-ти лет страдающем падучей, при наличности некоторой задержки общего физического развития. Вот какими словами рассказывает сам больной о переживавшемся им явлении: "когда я с кем-нибудь говорю или что-нибудь вижу, мне кажется, как будто это уже было однажды; это ты уже видел (говорит себе больной), или слышал, вообще, уже это с тобою было. Поэтому мною овладевает ужас, так что я не смею говорить, потому что я думаю, что это уже было. Но теперь я убедился, что это невозможно, поэтому я теперь снова говорю, как следует. Напр., говорю я с кем-нибудь о чем-нибудь, из газет, про войну, про поход, мне кажется, что я уже однажды читал в газете про это. Тогда мне становится страшно того, что я уже как будто читал об этом в газете; та же самая комната, та же обстановка, все уже однажды пережито; как будто я это уже читал однажды (приблизительно год тому назад) в этой же самой комнате. Совершенно также как сейчас. Однажды я лежал в постели, пришел К. и сказал: Карл, Карл, Мюллер умер (это был больной, скончавшийся ночью в судорожном приступе падучей). Тогда мною овладел ужас: Мюллер уже однажды умер; Господи, ведь не мог же он еще раз умереть. Как будто все это однажды уже было, тот же К., я лежу в постели, тот же самый ответ".

Весьма поучительные случаи передает Anjel[339]).

В первом случае дело касается одного лица судебного ведомства; принимая деятельное участие в сложном процессе, продолжавшемся уже три дня, С. во время заданного защитником вопроса вдруг представилось, что когда-то раньше он со всеми присутствующими в зале заседания уже находился в точно таком же положении и что тогда при совершенно таких же обстоятельствах защитником был поставлен тот же самый вопрос. При этом С. испытал такое неприятное чувство, что должен был просить о перерыве заседания. Когда заседание возобновилось, С. испытал вновь описанное состояние когда окончив свою речь, слушал речь защитника.

Второй случай произошел с самим автором. Anjel в течение нескольких дней очень усердно посещал венецианские музеи; на четвертый день он пришел в картинную галерею Академии и здесь очень внимательно осмотрел три зала; когда он вошел в четвертый, т. наз. Pinacoteca Contarini, то вдруг ему стало казаться, что каждая из находящихся здесь картин так ему знакома, как если бы он все их здесь же видел; между тем, он знал, что находится здесь первый раз; он перешел в соседнее помещение, но и здесь испытал то же самое; ему стало так неприятно, что он ушел из галереи. Когда после двухдневного перерыва Anjel снова посетил галлерею, У него развилось такое же состояние после нескольких часов осмотра; после отдыха и завтрака это состояние прошло.

Своеобразный случай описывается Pick'ом[342]): больной прогрессивным параличей помешанных уверял, что все, что он видит и слышит, происходит второй раз.

Естественно, возникает вопрос относительно происхождения описанного состояния, для этой цели было предложено несколько гипотез; во-первых, предполагали, что дело заключается в смешении чувственного впечатления с мысленным образом (Neumann); во-вторых, было высказано мнение, что явление находится в связи с парным строением головного мозга: каждое полушарие головного мозга получает по известному восприятию, которые при нормальных условиях совпадают, вследствие чего в сознании возникает впечатление одного восприятия; если при уклонении от нормы функция полушарий утрачивает свою синхроничность, и совпадения впечатлений не получается, то в результате и развивается описанная двойственность впечатлений (Jensen); Sander предлагает третье об'яснение: по его мнению, здесь происходит смещение части с целым: нередко встречается положение, сходное с уже пережившимся, случайно сохранившимся в памяти; неясность воспоминания способствует отождествлению настоящего положения с прошлым, сходство может ограничиваться лишь частью переживаемого события, одним лицом, одним предметом при окружающей обстановке; этого частичного сходства бывает достаточно для отождествления с прошлым всего события, для восприятия его, как знакомого; конечно, то событие или обстановка, с которыми отождествляется переживаемое в действительности, на самом деле могло и не переживаться, являясь результатом деятельности воображения.

Из трех приведенных об'яснений наиболее приемлемым является последнее; первое вовсе не об'ясняет наблюдаемой двойственности, которая отнюдь не присуща процессу воспроизведения, да и представление о смешении чувственного восприятия с мысленным, как бы являющимся готовой копией с оригинала, весьма искусственно; что касается второго об'яонения, то оно также несостоятельно: если бы рассматриваемое явление обусловливалось нарушением согласованного функционирования полушарий, то при часто встречающихся обширных органических поражениях головного мозга оно было бы постоянным признаком, в действительности этого не наблюдается; если же к об'яснению Sander'а мы прибавим, как необходимое условие, астеническое состояние или состояние несколько пониженной деятельности процессов сознания, что связывается неизбежно с нарушением внимания, то существенно возражать против этого об'яснения не приходится; вопрос не разрешен окончательно, но об'ясняется лучше и логичнее, нежели другими допущениями [340-341]).

Отнесение рассматриваемого явления к расстройствам памяти представляется не совсем правильным; совершенно прав Storring[*]), который относит это явление к обманам узнавания; поэтому и термины "двойственных воспоминаний", "обманов памяти" (Sander), "двойного мышления", "двойственных представлений", "двойного сознания" (Wiedemeister), "галлюцинаций памяти" (Sully) и даже "двойственных восприятий" не соответствуют существу дела; более точное определение дает Kraepelin, предлагающий довольно сложный термин отождествляющихся ложных воспоминаний (identifizierende Erinnerungsfalschungen); принимая, однако, во внимание, что существо явления заключается в неправильном узнавании текущей обстановки нового события, в смысле отождествления его с другим похожим или вовсе не пережившимся событием, я считал бы более целесообразным обозначить в термине именно эту главную сторону явления; с моей точки зрения полнее и правильнее характеризовать рассмотренное явление названием ошибочных отождествлений или ложных отождествлений.Кроме описанных расстройств процессов памяти, есть еще нарушения душевной деятельности, отчасти связанные с этими расстройствами, но, главным образом, обусловленные чрезмерным развитием или временным возбуждением процессов воображения и фантазии, творческая деятельность которых не встречает достаточных психических задержек и критического отношения.

Рассматриваемые явления известны под названиями конфабуляций и pseudologia phantastica[**]) [343]) или патологической лживости. Оба явления не всегда указывают на наличность душевной болезни, проистекая иногда из обманов памяти, из сновидений, особенно у детей и юношей в периоде возмужалости; любители приключений, увлекаясь собственным рассказом, нередко передают его так, как это более удовлетворяет их пылкое воображение, а не так, как это происходило в действительности, которая дает лишь канву для

---

[*]) Storring, 1. c. [109]), стр. 161.

[**]) Kraepelin, 1. c.[312]), S. 2043-2075. Die Lugner und Schwindler. Behr, 1. c. [341]).

рассказа, чего они сами искренно не замечают ("охотничьи рассказы"). Конфабуляции наблюдаются при истерии, при полиневритическом психозе, в связи с лихорадочным бредом, при маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, старческих психозах; при тех же заболеваниях наблюдается явление патологической лживости, достигающее нередко крайней степени развития при состояниях психического вырождения; немало таких лиц среди искателей приключений; нередко они вступают в конфликт с законом, отбывают наказание, после которого снова принимаются за свою полную приключений и различных сомнительных похождений жизнь. Такие люди нередко взводят небылицы и напраслины, а также и серьезные обвинения на неповинных в них людей, при чем от таких обвинений, иногда позорящих доброе имя, далеко не всегда бывает легко оправдаться.

Уголовная и судебно-психиатрическая казуистика дает большой материал, иллюстрирующий сказанное.

Один больной, страдавший маниакально-депрессивным психозом, обычно в периоде начала маниакального состояния поражал своими необычайными рассказами. Так, однажды он очень правдоподобно и живо рассказал, приехав ночью к пользовавшему его врачу, что во время прогулки по Петроградским островам он был свидетелем попытки утопиться, предпринятой одной великосветской дамой; он подробно рассказывал, как дама бросилась в воду, как и кто ее спас, описывая ее костюм, наружность; упомянул о составлении протокола, о присутствии репортера, обещавшего поместить заметку в газете и т. д. Случай оказался вымышленным, но лица, не знавшие больного, не могли иметь оснований, чтобы ему не верить. В другой раз этот больной в драматических тонах рассказывал, как его дочь подверглась покушению на убийство со стороны близкого ей лица, при чем была тяжело ранена; это также оказалось вымышленным от начала до конца.

16-летний юноша, воспитанник военно-учебного заведения, всегда отличался прекрасными способностями; нередко рассказывал разные небывальщины, но всегда без злого умысла, не задевая других; 2 г. т. наз. перенес скарлатину, после чего ему стало гораздо труднее заниматься; вместе с тем усилилась лживость; когда брат его, проведший лето на фронте, вернулся обратно с георгиевской медалью, юноша начал рассказывать, что он сам был ранен на фронте и представлен к медали; для убедительности он перевязал себе руку. В другой раз он сам послал себе на училищный адрес телеграмму, извещавшую его о том, что отец его, офицер, убит на фронте революционерами; воспитатель, прочтя телеграмму, сообщил ее содержание матери больного; лишь впоследствии дело раз'яснилось. При медицинском исследовании больной об'яснил, что приблизительно через два месяца с ним бывают состояния мнительности, нередко связанные с тоской; в одном из таких состояний ему показалось, что воспитатель несправедливо к нему относится; случайно он проходил мимо одного из вокзалов, с которого и послал телеграмму; думал предупредить мать, но не успел; телеграммой он надеялся возбудить к себе жалость (Cyclotimia).

XX.

Обостренная впечатлительность и несоразмерные восприятия. Иррадиация ощущений. Синэстезии. Галлюцинации и иллюзии, их определение. Деление по органам чувств. Простые и сложные галлюцинации. Истинные галлюцинации. Частота галлюцинаций у душевно-больных. Псевдогаллюцинации Кандинского или галлюциноиды; их характеристика. Гипнагогические, панорамические и внушенные галлюцинации. Содержание галлюцинаций. Навязчивость галлюцинаций. Стационарные и подвижные галлюцинации. Иллюзии, их деление. Иллюзии Muller-Lier'a. Односторонние галлюцинации. Психологическая характеристика галлюцинаций и их возникновения. Значение галлюцинаций, как признака душевного заболевания. Причины, вызывающие появление галлюцинаций. Зависимость содержания галлюцинаций от психического состояния больных. Локализация в пространстве. Отношение больного к галлюцинациям. Произвольные галлюцинации. Об'ективные признаки галлюцинаций. Массовые галлюцинации. Галлюцинации у недушевно-больных. Примеры галлюцинаций. Механизм происхождения галлюцинаций; различные теории.

Каждый человек получает от органов и членов своего тела большое количество впечатлений, определяющих его самочувствие и в значительной степени обусловливающих его настроение; эти впечатления настолько постоянны, настолько обычны и настолько слабы, что не привлекают внимания здорового человека и при обыкновенных условиях не доходят до его сознания; чаще всего они становятся предметом его внимания при тех или других болезненных ощущениях или некоторых особых условиях; напр., мы невольно прислушиваемся к работе своего сердца после бега или высокого под'ема, мы обращаем внимание на кишечник при развивающемся урчании в животе, мы ощущаем свой желудок при чрезмерном его наполнении или при изжоге. Однако, при надлежащем сосредоточении внимания на деятельности внутренних органов целый ряд ощущений может восприниматься и проникать в сознание людей здоровых; напр., при тишине и спокойном положении тела мы можем воспринимать работу своего сердца и биение сосудов; закинув ногу на ногу, мы можем видеть ритмические движения голени и ощущать эти движения, вызываемые пульсацией подколенной артерии, при сжимании челюстей можем воспринимать шум от сокращения m. stapedii, можем до известной степени воспринимать тяжесть своих членов, особенно при усталости, ряд кожных ощущений и т. под. Сосредоточение внимания и наблюдение в указанном направлении может обнаружить множество ощущений, сознавание которых несвойственно здоровому человеку, почему они должны представиться ему новыми и могут получить в его глазах особое значение и вызвать беспокойство; надлежащее об'яснение явления в таких случаях принимается соответствующим образом. Аналогичное описанному наблюдается, напр., при пользовании неопытного наблю-

НЕТ 223 СТРАНИЦЫ.

Пожалуйста, пожалейте, пришлите какого-нибудь лекарства или скажите, в какой больнице можно ожидать помощи. Так как болезней очень много, то узнать очень трудно в точности. Пожалейте, я ужасно бедный. Покорнейше прошу сообщить и осмотреть, не имеется ли у меня внутренней болезни по заболеванию почек, легких, сердца, кишек или дыхательных органов. Пожалейте, сообщите, могу ли я надеяться на выздоровление и какое принимать лекарство и куда обратиться. Мне сказали в N. обратиться к Вам и говорили, болезнь опасная. Посмотрите у меня половой орган (червь), он у меня совсем исчез, болел четыре раза - происходила страшная опухоль и белые пятна. Пожалейте, ужасно я бедный; приехал специально за этим. Сколько времени принимать лекарство и выдадут ли мне лекарство в N., так как ждать ужасно долго, будут ли выдавать для продолжения".
"Пожалейте".

Другое письмо принадлежит пожилой особе, по профессии учительнице; приведу из него тоже выдержки.

"Тяжело у меня на душе сегодня. Не могу удержаться от слез, плакала утром и сейчас плачу. Но не от тоски плачу я, не от раздражительности, а от скуки физической и нравственной. Вчера вечером мне было опять нехорошо, опять был один из тех мучительных приступов, которых я так боюсь; дрожу при одной только мысли, что приступы эти будут повторяться еще и еще; а пока меня мучит сердце, их не может не быть. В сердце у меня постоянно тяжелые ощущения - я постоянно ощущаю его в себе, точно оно разрослось у меня и с правой стороны к чему-то прилипло там внутри, болит физической болью, немеет и дрожит; слышу каждое его биение, оно бьется в глазах и висках и в темени и в спине, в особенности же сильно в ушах и в кончиках пальцев; качается, как весы, то слева направо, то сверху вниз, то быстро-быстро, то медленно. У меня постоянное ощущение смерти во всем теле; это не страх, а чисто физическое ощущение, мучительное до крайности. Оно отнимает у меня способность свободно двигаться, я точно качаюсь и, падаю, и все вокруг меня качается; не могу и стоять долго и сидеть прямо, не прислоняясь и не облокачиваясь, - кружится голова, и я опять качаюсь и падаю и точно уже слышу шум, который произвожу, падая. Все эти ощущения не дают мне и заниматься чем-либо; не могу ни шить, ни вязать, как другие больные. Читать тоже не могу: у меня нет активного внимания, и мне трудно сосредоточивать свои мысли на чем-нибудь; приходится сильно напрягать внимание, я скоро устаю. В голове постоянный гул, шум и свист, она тяжелая, стянутая и часто болит. Боль жгучая, летучая. Закрывая глаза, чувствую, что болит темя, а открывая их, ощущаю боль во лбу или затылке, а в темени ее уж нет. Когда ощущения в сердце усиливаются, мне делается нехорошо - я умираю. Во всем теле, в особенности в сердце, ушах, глазах, во лбу и в руках во время этих приступов такая масса ощущений, что я теряюсь совсем, все во мне путается, чувствую ясно только одно - умираю; сердце качнется еще раз и остановится совсем. Но вот сердце начинает биться сильнее, все ощущения в теле становятся слабее, и я прихожу в себя и тут же засыпаю........
Но бывает, что в сердце становится тише, ощущения ослабевают настолько, что чувствую себя бодрее и крепче, как физически, так и нравственно, и тогда я могу и говорить, и пошутить, и посмеяться, но очень скоро устаю от всего этого".

Оба приведенных примера настолько характерны, что не требуют пояснений; следует обратить внимание, что во втором случае дело идет не только об обостренном восприятии ощущений, но и о развитии у больной ряда парэстезий, свойственных истеричным и значительно переоцениваемым. Вообще, пар-эстезии занимают существенное место в патологии душевных болезней.
Известное значение имеет также иррадиация или распространение ощущений, наблюдаемая и у здоровых и заключающаяся в распространенном локализировании различных ощущений; один из примеров иррадиации представляет зубная боль, когда источник боли ограничивается одним зубом, а у больного получается впечатление, что болит вся челюсть, при чем нередко он даже не в состоянии определить, который именно зуб болит. Иррадиирующие восприятия могут являться источником бредовых идей.
Одним из редких случаев иррадиирующих ощущений являются audition и vision coloree, т. наз. синэстезии, (Beaunis, Binet, Brucke, Flournoy) 352); когда раздражение органов чувств вызывает одновременно зрительные восприятия, то это явление известно под названием синопсии или фотизм; явление audition coloree или цветного слуха заключается в окрашивании слуховых впечатлений в различные определенные цвета, в некоторых случаях чрезвычайно сложные и красивые; исполнение музыкальной пьесы может в отдельных случаях поглощать внимание больного не столько возникающими при этом слуховыми впечатлениями, сколько одновременно развивающимися цветовыми; vision coloree чаще всего проявляется в окрашивании букв и слов читаемого текста в определенные цвета. Рассматриваемое явление встречается редко, преимущественно у лиц, страдающих истерией, у эпилептиков, особенно в периоде, предшествующем приступу. Иррадиация ощущений несомненно имеет значение и при развитии галлюцинаторных явлений. Аналогичное распространение ощущений со стороны других органов чувств - вкуса, обоняния, осязания - встречается реже.

Bruhl описал случай, относящийся к двум братьям Nussbaumer, у которых при слушании музыки возникали цветовые ощущения, при чем каждому музыкальному тону соответствовал определенный цвет; молодые люди должны были отказаться от посещения концертов, так как обилие возникавших при этом цветовых впечатлений приводило их в сильное возбуждение 359).

Чрезвычайно существенное значение в патологии душевного расстройства принадлежит обманам органов чувств, т. наз. галлюцинациям или фантазмам и иллюзиям; самый термин "галлюцинация" обозначает "ошибку", "погрешность", "обман". Деление таких обманных и ошибочных восприятий на галлюцинации и иллюзии установлено Esquirol'ем 344) и с тех пор представляется общепризнанным и общепринятым в учении о душевных болезнях; слово "галлюцинация" впервые введено в психиатрическую литературу Sauvages'ем, но содержание этого понятия сначало не было столь определенным, как это получилось при дальнейшей разработке вопроса. Галлюцинации и иллюзии, как явление, известны в истории всех народов с незапамятных времен; им всегда придавалось особое значение, они и до настоящего времени известны под названием "видений" и "откровений", и до настоящего времени им придается не только в народных массах, но и среди людей образованных, особое, иногда пророческое значение. Научное определение понятия, конечно, явилось гораздо позднее.
Естественно-историческое миросозерцание не принимает приведенных взглядов, рассматривая галлюцинации, как результат нарушенной душевной деятельности; содержание галлюцинаций не дается откуда-то извне, не является для переживающего галлюцинацию новым, незнакомым, но черпается из психического запаса человека; неожиданным и новым для галлюцинирующего может представиться самый феномен и те сочетания представлений, которые в его содержании обнаруживаются.
Однако, галлюцинация не есть простое представление, не есть только воспоминание или воспроизведение, так как последние не носят чувственной окраски, доводящей их до степени восприятия, как реальных предметов. Вот почему галлюцинация может быть определяема, как восприятие чувственных признаков идеи (Brierre de Boismont)345), точнее, - идеи, представления с его чувственными признаками.
Галлюцинация есть восприятие не существующего в данный момент пред лицом галлюцинирующего реального предмета. Корсаков *) определяет галлюцинации, как представления, соединенные с ощущениями, соответствующими таким предметам, которые в действительности в данную минуту не производят впечатления на органы чувств человека; несколько более точным представляется следующее определение: галлюцинация есть чувственное переживание прежнего восприятия без наличности соответствующего ему нового внешнего раздражения (Goldstein)346). Можно было бы привести еще несколько определений галлюцинаций, но все они представляются приблизительно тождественными, отличаясь лишь более или менее удачной и точной редакцией; по существу же все эти определения лишь варианты определения, данного еще Esquirol'ем**).
Иллюзиями называются ложные, неправильные, искаженные восприятия предметов реальной действительности 344) 347). Таким образом, галлюцинация или галлюцинаторное восприятие есть восприятие несуществующего в данное время и в данном месте, восприятие мнимое, а иллюзия - неправильное восприятие существующего или ложное восприятие. Указанным признаком галлюцинаторные восприятия резко отличаются от иллюзорных, хотя бывают случаи, когда провести резкую границу между теми и другими очень затруднительно и даже невозможно.
Самое давнее и естественное деление галлюцинаций, сохранившееся до настоящего времени, есть деление по органам чувств, в которых они развиваются; оно еще принято в одной из самых старых монографий о галлюцинациях, принадлежащей Baillarger 348). Галлюцинации разделяются на зрительные, слуховые, вкусовые, обонятельные, осязательные или, точнее, кожного чувства; сюда следует прибавить галлюцинации мышечного чувства и галлюцинации, связанные с мнимыми ощущениями во внутренних органах.
Восприятия галлюцинирующего обычно отличаются такой реальностью, что бесполезно бывает убеждать его в болезненном происхождении явления и в мнимом характере его впечатлений. Зрительные галлюцинации заключаются в видении не находящихся перед больным предметов и образов, напр., видение умершего родственника, видение Христа, божьей матери, ангела, диавола, различных зверей, гадов, насекомых; различных более или менее сложных картин или событий, неподвижных или меняющихся; видение собственного двойника и т. д. Галлюцинаторные восприятия настолько реальны, что за некоторыми исключениями больные убеждены в их действительном существовании и на замечание врача о мнимом характере явления нередко отвечают, что если это так, то необходимо признать, что и все находящееся вокруг - мебель, стены, люди и сам доктор - все это только кажущееся.
При слуховых галлюцинациях больные воспринимают несуществующие слуховые впечатления так, как если бы они действительно происходили; они слышат несуществующие звуки, музыку, шопот, слова, фразы, произносимые знакомыми или незнакомыми голосами, исходящими из различных частей помещения, в котором они находятся, из-за стен, из-под пола, с потолка, с ближ-

*) Корсаков, 1. с.221) т. I, стр. 154.

**) Esquirol, 1. с.344).

них и дальних расстояний, произносимые то тихо, то громко; содержание и интонация голосов могут быть самыми разнообразными - безразличными, повелительными, просительными, насмешливыми, издевающимися, приятными, угрожающими, мрачными, ругательными, неприличными.
При обонятельных галлюцинациях больные воспринимают различные запахи, напр., неиз'яснимо приятные ароматы и благоухания, запах копоти, падали, мертвечины, испражнений, половых органов, мочи. При вкусовых галлюцинациях больные жалуются на приятный или неприятный, отвратительный вкус во рту. Неприятные обонятельные и вкусовые галлюцинации часто заставляют больных отказываться от пищи. При осязательных и вообще кожных галлюцинациях иопытывается ощущение прикосновения к различным частям тела, - больного хватают за руки, за ноги, испытываются прикосновения к половым органам и т. под. Галлюцинации мышечного чувства приводят к ощущению особой легкости членов и всего тела или их тяжести, ощущениям непроизвольного движения языка и других членов. При галлюцинациях, связывающихся с внутренними органами, больные получают ощущения нахождения в них различных посторонних тел и предметов, о чем иногда и заявляют врачу.
Галлюцинации обонятельные, вкусовые, кожного и мышечного чувства, а также общего чувства, особенно трудно отличаются от иллюзорных восприятий, так как в указанных областях далеко не всегда бывает возможным исключить наличность реального раздражителя в форме легкого запаха, вкусового ощущения и парэстезий, неправильно оцениваемых больными. Галлюцинации, ограничивающиеся в своем проявлении областью одного из органов чувств, называются простыми галлюцинациями; наблюдаются, однако, случаи, когда галлюцинаторные восприятия распространяются на два и более органов чувств; при таком течении галлюцинаторного процесса мы встречается с сложными галлюцинациями. Галлюцинация может представляться сложной с самого начала своего возникновения, или она может усложняться по мере своего течения и развития.

Больной переживает видение, - к нему приближается его умерший родственник, он слышит его шаги, слышит его голос, испытывает прикосновение его рук и ощущает холод или тепло его тела, - постепенное развитие сложной галлюцинации.
Больная, постоянно жаловавшаяся на запах дыма и копоти, заявила, что она превратилась в копченого сига, - сочетание обонятельной галлюцинации с галлюцинацией кожно-мышечного чувства; та же больная испытывала превращение в волка, бегавшего по лесам и пожиравшего трупы детей.
Послушник одного монастыря, заявлявший о своей необычайной легкости и способности к летанию, выскочил из окна своей кельи для полета; по его словам, он испытывал не только легкость своих членов, но и ощущение воздуха, скользившего по его кожной поверхности; по счастью, келья находилась над подвальным этажом, и больной не разбился при падении на землю.

В развитии сложных галлюцинаций большое значение принадлежит самовнушению.
Галлюцинаторные восприятия, определение которых дано выше, при переживании которых больной обнаруживает такое отношение к ним, как к предметам и явлениям реальной действительности, в большинстве случаев не отличая одних от других, называются истинными галлюцинациями; этим названием устанавливается известная разнотипность явлений, охватываемых термином "галлюцинация", о которой мы еще будем говорить.
Галлюцинации наблюдаются у душевно-больных довольно часто, не одинаково часто при различных формах душевных заболеваний; при одних заболеваниях они очень часты, даже занимают центральное место (delirium tremens, amentia, dementia paranoides, paraphrenia, истерические и эпилептические психозы и др.), при других встречаются реже (маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич помешанных), при третьих почти не встречаются (psychasthenia, paranoia chronica). Количественное содержание галлюцинаций при различных формах душевных болезней нельзя всецело ставить в зависимость от формы болезни, так как при одной и той же форме душевной болезни наблюдаются в этом отношении весьма значительные колебания с количественной и качественной стороны, обусловленные степенью развития и силой болезненного процесса и индивидуальностью больного. Старая статистика Brierre de Boismont*) показала, что из 1146 душевнобольных галлюцинации и иллюзии были обнаружены у 725, т. е., около 63 %. Чаще всего встречаются слуховые галлюцинации, за ними по частоте возникновения следуют зрительные, далее кожные, обонятельные и вкусовые. Галлюцинации простые развиваются чаще сложных, обонятельные нередко сочетаются с вкусовыми, галлюцинации в двух органах чувств чаще, чем в нескольких; галлюцинации часто сочетаются с иллюзиями, носят смешанный характер.

Частота галлюцинаций у душевно-больных оценивается различно, в пределах от 30 - 80%**); вероятно, такие широкие колебания обусловливаются неодинаковыми взглядами наблюдателей, из которых одни относят к галлюцинациям явления, рассматриваемые другими иначе.

До сих пор мы описывали патологическое явление, известное, под названием истинных галлюцинаций; прилагательное "истинный" предусматривает заключение, что существуют еще явления, относимые к галлюцинаторным, подобные им, но в то же время чем-либо от них отличающиеся. Из описания

галлюцинаций видно, что это есть психическое явление, протекающее в области интеллектуальных процессов воспроизведения и воображения, но в значительной степени снабженное чувственным, сенсориальным элементом; в противном случае галлюцинаторные восприятия не могли бы уподобиться восприятиям из реального мира. Еще Baillarger ***) расчленил обширную область галлюцинаций на галлюцинации, соответствующие нашему описанию, которые он назвал психосенсериальными или полными (истинные галлюцинации) , и на психические или неполные галлюцинации; вторые сходны с первыми в том отношении, что и те и другие возникают, как последствие несознаваемой душевной деятельности, независимо от воли данного лица; в то же время они резко отличаются от первых тем, что лишены чувственного элемента, будучи сходными с яркими картинами воображения. Психические галлюцинации по терминологии Baillarger были впервые подробно изучены русским психиатром Кандинским, описавшим и разобравшим их психологическую и клиническую картину в своей известной монографии349). Кандинский присвоил этим явлениям, весьма близким к галлюцинациям, но в то же время отличающимся от них, название псевдогаллюцинаций, ложных галлюцинаций; название псевдогаллюцинаций не принадлежит Кандинскому, оно заимствовано им у Hagen'a350), но оба автора соединяют с этим термином различное содержание. Hagen подразуме-

*) Brierre de Boismont, 1. с. 345), р. 82-128.

**) Griesinger, 1 с. 5), S. 87.

***) Baillarger, 1. с 349), р. 368.

вает под псевдогаллюцинациями вообще психопатологические явления, ошибочно принимаемые за галлюцинаторные, как, напр., обманы памяти; в этом смысле он и характеризует их, как ложные галлюцинации; Кандинский же вкладывает в это понятие совершенно определенное содержание; он связывает с этим термином те случаи, в которых вследствие "суб'ективного возбуждения известных сенсориальных областей головного мозга в сознании являются весьма живые и чувственно до крайности определенные образы, которые, однако, резко отличаются для самого восприемлющего сознания от истинно-галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера об'ективной действительности, но напротив, прямо сознаются, как нечто суб'ективное, однако, вместе с тем, как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминания и фантазии"*). Таким образом, псевдогаллюцинации Кандинского отличаются от настоящих галлюцинаций тем, что не имеют характера об'ективной действительности; псевдогаллюцинаторные образы не проецируются во внешнее пространство, вследствие чего и не рассматриваются самим псевдогаллюцинантом, как предметы внешнего мира; псевдогаллюцинаторные явления представляют собою как бы следствие галлюцинаторного процесса, не достигшего в своем развитии предела, необходимого для получения истинной галлюцинации. Кандинский поясняет**), что при псевдогаллюцинациях зрительные образы видятся внутренно, как при усилии воображения, даже могут несколько удаляться наружу, но не приводятся в соотношение с окружающими предметами; от образов фантазии псевдогаллюцинаторные образы отличаются тем, что не могут подобно первым изменяться по желанию галлюцинирующего, не могут изменять своего вида, положения, окраски, как это бывает при игре воображения, они рассматриваются такими, какими появились в сознании больного.

Название псевдогаллюцинаций или ложных галлюцинаций, как справедливо замечает и сам Кандинский, не представляется вполне точным; обладая существенными свойствами галлюцинаций, псевдогаллюцинации заслуживают скорее названия неполных галлюцинаций или галлюциноидов; последний термин выдвигает, между прочим, и автор; поэтому, не возражая особенно против деления галлюцинаций на истинные и ложные, как общепринятого, я предпочел бы ради стремления к более точному обозначению говорить о галлюцинациях и галлюциноидах.

Дальнейшая разработка вопроса о зрительных галлюцинациях и галлюциноидах в смысле их различия между собою существенно подвинута вперед Ноишевским 470); главное различие между теми и другими Ноишевский видит в том, что от галлюцинаторного образа можно отвернуться, тогда как от псевдогаллюцинаторного отвернуться нельзя, - он следует за движениями глаз и головы; это явление обусловливается тем, что псевдогаллюцинации являются, главным образом, производными сетчатки, а истинные галлюцинации - мозговой коры; справедливость этого допущения Ноишевский доказывает следующим образом: при зрительных представлениях зрительные впечатления соединяются в одно целое с двигательным актом, а при последовательных образах сетчатки такого соединения в сколько-нибудь прочной форме не происходит; чем больше сетчатковый образ предмета, тем крупнее он нам кажется и наоборот, чем меньше иннервация двигательного акком-

*) Кандинский, 1. с. 349), стр. 25-26.

**) Кандинский, 1. с. 349), стр. 45-46.

модативного акта, тем большим кажется предмет; так как последовательный образ, не может изменять своих размеров в сетчатке, то представление о величине его будет зависеть только от величины, иннервации двигательного аккommодативного акта; этим об'ясняется, почему действительные предметы кажутся тем больше, чем они находятся ближе, а последовательные образы, наоборот, по мере приближения к глазу,

уменьшаются, поэтому зрительные галлюцинации должны увеличиваться по мере удаления от больного, а галлюцинаторные образы уменьшаются, и обратно; подтверждение своей теории автор видит в примере, приводимом Kraft-Ebing'ом: мальчик видел мадонну в белом одеянии, сидящую на облаках; когда он увидел эту же мадонну, летавшею вокруг его указательного пальца, она имела миниатюрные размеры, - зрительный галлюциноид; в Творках один больной автора, увидел образ мадонны громадных размеров, пал на колени и наклонил голову, не смея смотреть на образ; когда он решился поднять голову, образ начал удаляться, делаясь все меньше и меньше, - зрительная галлюцинация.

Подобно тому, как галлюцинации различаются по органам чувств, в области которых они развиваются, различаются и галлюциноиды; однако, галлюциноиды, сравнительно легко устанавливаемые, как таковые, в области зрения и слуха, с большим трудом распознаются в других областях, в которых, как было указано, и галлюцинации не всегда бывает возможно отчленить от иллюзорных восприятий. Чаще всего приходится встречаться с зрительными и слуховыми галлюциноидами.
Зрительные галлюциноиды характеризуются тем, что они видятся внутренно, внутренним оком, как бы глазами, обращенными внутрь; это отсутствие проецирования во внешний мир, свойственное всем галлюциноидам вообще, присуще и галлюциноидам слуха. При слуховых галлюцинациях галлюцинаторные звуки воспринимаются так, как если бы они исходили из внешнего пространства; при слуховых галлюциноидах слуховые восприятия локализируются чаще всего в голове, больные слышат не телесным, а духовным ухом; эти "внутренние" голоса и другие звуковые явления бывают весьма разнообразными и живыми, но обычно они отличаются больными от галлюцинаторных голосов, смешиваемых с действительными; для об'яснения галлюциноидов больные нередко создают различные теории. При описании своих переживаний больные сами отмечают появление галлюциноидов независимо от их воли и желания, отличают их вынужденный характер. Галлюциноиды часто бывают навязчивыми, особенно это относится к слуховым галлюциноидам. Нередко больные ведут обширные разговоры с галлюциноидными голосами, - они предлагают им мысленно вопросы и получают ответы, иногда бывает наоборот, т. е., вопросы ставятся голосами; иногда галлюциноиды заключаются в повторении мыслей больного или в подсказывании мыслей; больные жалуются при этом на звучание мыслей, на двойное мышление, они думают, а мысли их громко повторяются, - на насильственное мышление, на мысленное говорение, на насильственное говорение365), как если бы кто-либо "иннервировал" их язык, заставляя его двигаться помимо их желания и участия (галлюцинации и галлюциноиды мышечного чувства); последнее явление SegIas 351) называет двигательными галлюцинациями, более подробное изучение их принадележит Cramer'у 352); по SegIas двигательные галлюцинации обнаруживаются и в других сложных процессах, напр., при письме. Приходится слышать также заявления больных, что они находятся под влиянием "беззвучных голосов", что они воспринимают внутренние, мысленные голоса, как бы слышат речь "души"; это явление выходит из области галлюцинаторных, до известной степени его подразумевал Baillarger под психическими галлюцинациями, его отметил также Griesinger*), рассматривая, как чрезвычайно живые представления.
Из галлюцинаций выделяются, как их разновидности, гипнагогические и внушенные или гипнотические галлюцинации. Первые наблюдаются в дремотном состоянии, в периоде перехода из бодрственного состояния в сон. Кандинский полагает, что все гипнагогические обманы органов чувств, уподобляющиеся сонным грезам, являются не галлюцинациями, а исключительно галлюциноидами**). В большинстве случаев это совершенно правильно, особенно, когда дело идет о галлюцинировании зрительном при закрытых глазах; но возможны и истинные гипнагогические галлюцинации (Hagen) ***), чего для отдельных случаев не отрицает Кандинский; развитие слуховых и других гипнагогических галлюцинаций не подлежит сомнению.
По внешней форме проявления следует отметить еще панорамические галлюцинации, обнаруживающиеся в области зрения и уподобляющиеся появляющимся перед зрителем панорамам; панорамы появляются в виде стойких картин или проходят, сменяясь одна другою, тянутся в виде ленты; истинные галлюцинации могут носить панорамический характер, но чаще это свойственно галлюциноидам; больные иногда сравнивают такие панорамы с картинами волшебного фонаря; панорамы бывают различных размеров: от натуральной величины до сильно уменьшенных, как при рассматривании предметов в перевернутый бинокль. Гипнагогические галлюцинации и галлюциноиды часто носят панорамический характер.
Лицам, приведенным в гипнотическое состояние, удается внушать различные галлюцинаторные восприятия; такие галлюцинации, достигающие у внушаемых лиц полного развития, относятся к истинным галлюцинациям. Различаются т. наз. отрицательные гипнотические галлюцинации; под отрицательными галлюцинациями подразумевается внушенное отсутствие восприятия действительно окружающих, находящегося под влиянием внушения, предметов; напр., данному лицу внушено не видеть кого-нибудь одного или нескольких из присутствующих в комнате лиц, не видеть дверей, стены или другого предмета, и поведение этого лица показывает, что оно в самом деле не видит упомянутых предметов. Конечно, описанное явление не относится к галлюцинациям в настоящем смысле слова, так как оно не представляется мнимым восприятием, а отсутствием восприятия, невключением в круг сознания чувственной группы "впечатлений"; поэтому самый термин "отрицательных" галлюцинаций может быть сохранен лишь условно, как передающий внешнюю форму явления, по существу же отрицательная галлюцинация есть внушенное невосприятие.

По своему содержанию галлюцинации носят различный характер; они могут быть содержания приятного и неприятного, устрашающего, религиозного, порнографического и др.; напр., больной воспринимает небесные мелодии, ароматы, благоухания; видит приближающиеся к нему чудовища, бросающихся на него зверей, слышит угрожающие ему и его близким голоса, испытывает запах и вкус падали, запах испражнений, связанный, напр., с пищей, испытывает видения ангелов, богоматери, святых; видит уродливые физиономии, дразнящие

*) Griesinger, I. c. 5), S. 102.

**) Кандинский, 1. с.349), стр. 50.

***) Hagen, 1. c. 350), S. 74.

231

его высовыванием языка и гримасами, а также различными непристойными словами; слышит самую неприличную ругань и т. д. В некоторых случаях слуховые галлюцинации приобретают повелительный или императивный характер, предписывая больному совершить тот или иной поступок, диктуя больному его поведение; нередко больные повинуются таким галлюцинаторным голосам и под влиянием их могут совершать нападения на окружающих, попытки покончить самоубийством и другие поступки, возможность учесть которые представляется крайне важной.

Иногда галлюцинации, особенно слуховые, приобретают навязчивый характер; больного постоянно беспокоят одни и те же голоса, задающие ему одни и те же вопросы, произносящие одни и те же слова и фразы; такая навязчивость крайне неприятна и даже мучительна для больных, нередко сильно их раздражает. Навязчивые галлюцинации особенно встречаются при парафрении и изредка при параное. Значительно реже наблюдаются навязчивые галлюцинации у больных, страдающих навязчивыми мыслями и представлениями; бывают случаи, что навязчивые мысли принимают характер навязчивых галлюцинаций; Seglas, различая эти два вида галлюцинаций, называет первые навязчивыми галлюцинациями (hallucinations obsedantes), и вторые - галлюцинаторными навязчивыми идеями (obsessions hallucinatoires)*)354).

Один больной жаловался, напр., что голос мучил его словом "тень"; "откуда и куда тень, а может быть она с левой стороны, а может быть она с правой стороны, куда она девалась и как это может быть, а может быть она над (предметом) или же на предмете" 353).

Навязчивые галлюцинации могут быть, как истинными галлюцинациями, так и галлюциноидами. Вообще, больные нередко испытывают одновременно и те, и другие; переход же галлюцинаций в галлюциноиды относится к числу явлений редких, но возможных; Кандинским **) эта возможность отрицается, но другими авторами такое явление наблюдалось.

Галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные образы бывают неподвижными, стационарными, но бывают также подвижными, изменчивыми; напр., галлюцинирующий может видеть неподвижно стоящую фигуру, но эта фигура в другом случае бывает полна движения - она может жестикулировать, обнаруживать оживленную и разнообразную мимику, может подвергаться различным превращениям. Изменчивость свойственна и иллюзорным восприятиям, сущность которых была определена выше; остановимся на них подробнее.

Иллюзия - неправильное, искаженное, ложное восприятие предметов окружающей действительности; причины искажения восприятий далеко не всегда лежат в болезненных свойствах воспринимающего, они могут заключаться и в особых свойствах окружающей среды, и в физиологических особенностях организма человека, будучи в известных случаях обязательными для каждого. Подобно галлюцинациям, иллюзии различаются по органам чувств, в области которых они происходят. По условиям возникновения предлагается делить иллюзии на физические, физиологические и психические ***).

*) Goldstein, 1. c. 346), S. 1050-1054, Кандинский, 1. с. 349), стр. 40. Seglas, 1. c.351).

**) Кандинский, 1. с. 349), стр. 150. Руднев, 1. с. 353), стр. 668.

***) Sylly, 1. c. 347). Kraft-Ebing, 1. c. 4), стр. 145.

232

К физическим иллюзиям относятся такие, условия возникновения которых заключаются в физических свойствах внешней среды; сюда относятся, напр., миражи, обусловленные отражением в воздушных средах предметов и местностей, находящихся на далеком расстоянии; палка, опущенная в воду, кажется переломленною, вследствие разницы в преломляемости лучей света в воздухе и воде; стереоскопические изображения воспринимаются, как телесные; такими иллюзиями полны произведения художников, изображающих телесные предметы в плоскости полотна; сюда относится впечатление движения предметов, испытываемое едущими по железной дороге, вместо впечатления собственного движения мимо этих предметов; сюда относится иллюзия разделения во времени молнии от грома, обусловленная различной скоростью распространения световых и звуковых волн.

К иллюзиям физиологическим относятся восприятия, вызванные различными несоответствующими раздражениями периферических аппаратов органов чувств, отвечающих на эти раздражения специфическим образом. Сюда относятся, напр., световые явления, развивающиеся при закрытых глазах, особенно., при надавливании на глазные яблоки, мелькание искр в глазах, световые явления при раздражении зрительных нервов электрическим током, воспалительным процессом; различного рода шумы, свист и звон в ушах,

вызываемые воспалительными, электрическими и другими раздражениями слухового аппарата. Подобные иллюзорные восприятия свойственны и здоровым и душевно-больным людям. Однако, у душевно-больных при условии изменения деятельности сознания физиологические иллюзии приобретают физио-патологический характер и оцениваются особым, болезненным образом; так, напр., больной, страдающий множественным невритом с психическими явлениями (болезнь Корсакова), заявляет, что его ноги пронизаны раскаленными железными прутьями или сделаны из стекла; хронический кокаинист жалуется, что у него под кожей ползают насекомыя, а перед глазами летают змейки (иллюзорное восприятие mouches volantes) *).
К физиологическим иллюзиям относятся многочисленные примеры, т. наз. зрительных иллюзий Muller-Lier'a 357-358).

Зрительные иллюзии Muller-Lier'a, названные так по имени автора, впервые их описавшего, суть геометрическо-оптические иллюзии, основанные на том, что зрительному аппарату приходится при сравнительной оценке величины и взаимоотношения различных тождественных фигур производить различное количество мышечной работы; это различное количество работы зависит от того, что сравниваемые фигуры и линии снабжены рядом посторонних придатков, от которых при сравнении фигур мы не можем отрешиться, вследствие чего и приходим к неправильному, иллюзорному выводу; стоит удалить препятствующие сравнению придатки, как оценка фигуры производится правильно. Многочисленные примеры таких иллюзий можно найти в сочинениях Wundt'a**) и Sanford'a 355).

Различные геометрическо-оптические иллюзии были предложены многими авторами. Рисунки 12 и 13 представляют два примера зрительных иллюзий. На рис. 12 одна из двух равных прямых кажется короче другой потому, что концевые придатки этих линий направлены в противоположные стороны: в одном случае они ограничивают прямую, а в другом движение глаз следует за придатками, ее продолжающими; на рис. 13 параллельные линии производят впечатление сходящихся и расходящихся, благодаря пересекающих их рядам коротких взаимно-перпендикулярных параллельных линий; здесь обман восприятия и оценка взаимного отношения линий зависит от условий перспективы, обусловленных рядами коротких, взаимно пересекающихся линий.
*) По имению Pick'a 377) источником галлюцинаторных, вернее, иллюзорных явлений у душевно-больных могут служить энтоптические восприятия собственного кровообращения, развивающиеся при некоторых патологических условиях.
**) Wundt, 1. c.108), вып. X, стр. 669 и далее.

Психические иллюзии обусловливаются психологическими причинами, заключающимися в нарушении деятельности внимания, памяти, чувственного тона, отчетливости ассоциативного процесса и ясности сознания. У здоровых такие иллюзии бывают, как эпизодическое явление, тотчас исправляемое, у душевно-больных они могут принимать резко выраженный постоянный характер и отличаются разнообразием, обширностью и обилием. Напр., охотник, напряженно ожидающий перелета утки или вальдшнепа, стреляет по пролетающему воробью; с нетерпением ожидая кого-нибудь, принимаем постороннее лицо за знакомое, несмотря на незначительность сходства; человек, склонный к аффекту страха, в сумерках принимает висящее на вешалке платье за забравшегося в комнату вора. Поэзия и литература изобилуют описанием подобного рода иллюзий ("Лесной царь", "Ожидание" Шиллера, "Вурдалак" Пушкина, "Дон-Кихот" Сервантеса) .
Рис. 12.
Рис. 13.

Во время февральской революции студент, ехавший на автомобиле, вдруг услышал раздававшиеся крики "ура"; он остановил машину, чтобы определить, откуда несутся крики, но они прекратились; поехал снова, и крики возобновились; дальнейшие остановки машины убедили его и его спутников, что крики были связаны с шумом машины, являясь слуховой иллюзией.

Психические иллюзии душевно-больных, как уже сказано, носят особый, патологический характер, обусловленный болезненным расстройством процессов мышления и чувства. Больной слышит голоса в шуме падающего дождя, в журчании текущей воды, похоронное пение в шуме колес, ритмическую брань в тикании часов, в шагах проходящего мимо него человека; подходящие к нему люди - диаволы с горящими глазами и с рогами, они скалят зубы и корчат рожи, лица меняются, меняются и головы, напр., человеческая голова заменяется ослиной, головой быка, вообще, происходят метаморфозы.

Одна пожилая особа, страдавшая долгое время алкоголизмом, в тикании часов слышала обращенные к ней слова: "Пашка дура". Несмотря на настойчивое лечение, эта слуховая иллюзия сохранила хронический характер.

К области иллюзорных восприятий относятся встречающиеся иногда у больных явления макропсии, т. е., видение предметов в увеличенных размерах, и микропсии, когда предметы кажутся уменьшенными 356-359).
Это явление отмечалось при прогрессивном параличе, белой горячке, эпилепсии, истерии, и находится, вероятно, в соотношении с нарушением оценки работы глазных мышц *).
Иногда сразу бывает довольно трудно отличить живые иллюзии от галлюцинаций; дело выясняется тщательным анализом явления; нередко у одного и того же больного наблюдаются и галлюцинации и иллюзии. Являясь искаженными восприятиями раздражителей, исходящих из мира реальной действительности, иллюзии должны до известной степени подчиняться законам этой действительности; как на пример такого подчинения, можно указать на удвоение иллюзорных зрительных восприятий при рассматривании их сквозь трехгранную призму. Окрашивание цветными стеклами, удаление при рассматривании в большие стекла бинокля; галлюцинации при этом не удваиваются, что может служить одним из признаков для дифференциального распознавания; встречающиеся в литературе заявления об удвоении галлюцинаторных зрительных образов при рассматривании их сквозь призму недостаточно обоснованы и об'ясняются влиянием внушения, самовнушения и неточно установленным распознаванием.
Галлюцинации и иллюзии могут быть односторонними, т. е., развиваться в одной половине поля зрения, слышаться одним ухом; это явление наблюдается очень редко и описывается обычно при центральных (органических и функциональных) поражениях нервной системы, нарушающих ее парную функцию, а также при периферических поражениях, нарушающих функцию одного из парных органов чувств (чаще иллюзии); в последнем случае особенно следует помнить о необходимости обращать внимание на состояние периферического воспринимающего аппарата, болезненное состояние которого может явиться источником обмана чувств; при таком исследовании обнаруживается, напр., серная пробка или катарральный процесс в одном ухе; после удаления пробки и излечения катарра слуховые явления прекращаются. Pick 356) описал случай односторонней слуховой галлюцинации при органическом поражении головного мозга, сопровождавшемся гемианопсией и глухотой на слова, он же описал редкий случай комбинации односторонних зрительных и слуховых галлюцинаций у молодой девушки, страдавшей истерией с половинной анэстезиеи органов чувств; с восстановлением чувствительности галлюцинации у нее прекратились. Очень интересен случай Pick'a, в котором больная, слышавшая голоса одним ухом, начала слышать их и другим после удаления из него серной пробки, что автор об'ясняет влиянием внушения.
Случаи односторонних галлюцинаций описаны и другими авторами 366). Галлюцинации принято характеризовать, как обманы органов чувств, как мнимые восприятия; такая психологическая характеристика не представляется точной потому, что воспринимается то, что находится перед нами, действует в качестве раздражителя на органы чувств, галлюцинаторные же образы не обязаны своим происхождением действующему в данный момент внешнему раздражителю; поэтому принятая характеристика справедливее для иллюзий, при которых имеется налицо внешний раздражитель, чем для галлюцинаций. Психологический источник галлюцинаций лежит в интеллектуальных процессах памяти, воспроизведения, в ассоциативном процессе, которые под влиянием быстро проходящих или длительно действующих патологических условий работают особенно интенсивно и живо,
*) Cramer, 1. с. 352); s. 26.

при чем образы их выходят за пределы яркого воображения, приобретая чувственную окраску. Таким образом, галлюцинаторный процесс следует признать процессом интеллектуальным по преимуществу*); при обычных условиях чувственный элемент воспроизведений бывает выражен слабо, при развитии галлюцинаторного процесса он выступает отчетливо. Эмоциональная сторона душевной жизни также имеет значение в развитии галлюцинаций; известно, что галлюцинации легко развиваются при аффективных состояниях (аффект страха, религиозный экстаз); появлению галлюцинаций, особенно зрительных, часто предшествует эмоциональное состояние, близкое чувству страха; однако, у хронических, привычных галлюцинантов эмоция нередко отсутствует; следовательно, изменение чувственного тона, представляясь важным условием для развития галлюцинации, в то же время не есть условие неизбежное; эмоция предрасполагает к галлюцинаторному процессу, облегчает его развитие; сделавшись повторным, привычным, галлюцинаторный процесс легко возникает и без связанной с ним эмоции. Галлюцинации возникают непроизвольно: галлюцинацию не удается вызвать волевым усилием, не удается ее и подавить.
Состояния болезненного изменения сознания - помрачения, затуманения, сужения сознания - другое важное условие для развития галлюцинаций; отсутствие влияния подавляющей и исправляющей деятельности сознания, в смысле облегчения возникновения галлюцинаторных явлений, вполне естественно; привычное развитие галлюцинаторного процесса может протекать почти без изменения деятельности сознания, с другой стороны, мы видим, какие живые картины разыгрываются перед глазами спящего человека, и как живо они им переживаются. Галлюциноиды обычно протекают без резкого нарушения эмоциональных процессов и сознания.
Какое важное значение для возникновения галлюцинаций имеет понижение деятельности сознания, видно также из явления галлюцинаций гипнагогических и внушенных в состоянии гипноза. Можно ли сказать, что наличность галлюцинаторного процесса есть несомненный признак душевной болезни? Этого сказать нельзя. Весьма многие душевные болезни сопровождаются галлюцинациями, но галлюцинации могут

возникать и не у душевно-больных. Они могут возникать там, где даны условия для их развития, т. е., где имеется особое состояние интеллектуального процесса, наличность эмоции и изменение сознания; в качестве эпизода такие состояния могут возникать под влиянием различных причин у лиц, не страдающих душевной болезнью, но нервных, впечатлительных, с неустойчивой нервной системой; раз условия, необходимые для возникновения галлюцинаций, создаются эпизодически, то, конечно, и самые галлюцинации у не душевно-больных могут развиваться лишь эпизодически. Несомненно, условия изменения душевной жизни, необходимые для развития галлюцинаторного процесса таковы, что лицо, их переживающее, в это время не может быть признано находящимся в нормальном состоянии; однако, галлюцинаторный эпизод проходит, и признаки патологического состояния исчезают; в таких случаях нельзя признать наличности душевной болезни, но нельзя признать и душевной нормы; поэтому неправильно говорить, как это часто делается, что галлюцинации бывают не только у душевно-больных, но и у душевно-здоровых, а следует при-

*) Goldstein, 1. с. 346), S. 592-618. Руднев, 1. с. 353).

знать, что галлюцинации, вообще представляющие один из признаков душевного заболевания, могут возникать эпизодически у лиц, не обнаруживающих симптомов душевной болезни, но переживающих в это время существенные уклонения от душевной нормы. Ниже будут приведены примеры, подтверждающие сказанное.

Кроме душевных болезней со всеми действующими при них факторами, галлюцинации могут вызываться состоянием истощения при голодании, при изнуряющих болезнях; они вызываются эндогенными отравлениями (самоотравление организма) и отравлением различными наркотическими ядами, как алкоголь, опий, морфий, гашиш, кокаин и др.; давно известно, что отравление мухоморами вызывает обильные и живые галлюцинации. Наркотические вещества могут легко вызвать галлюцинирование при существующем к нему расположении, а также усилить уже возникшие галлюцинации. Мне известен случай появления галлюцинаций у расположенного к ним лица после приемов бромурала; приемы трионала, напротив, подавляли галлюцинации.

Еще старыми авторами отмечено, что галлюцинации легче развиваются в темноте и часто прекращаются при освещении комнаты. Это относится к иллюзиям, особенно к зрительным, и представляется вполне понятным.

Содержание галлюцинаторных явлений бывает нередко чрезвычайно своеобразным и неожиданным; это об'ясняется тем, что оно проистекает обыкновенно из психического запаса несознаваемой сферы душевной деятельности; бывает очень трудно установить вследствие этого в некоторых случаях психологические мотивы содержания галлюцинаторных образов, имеющего связь с различными скрытыми психологическими комплексами. Вообще же приходится наблюдать, что содержание и характер галлюцинаций находится в известном соотношении с психическим тоном, переживаемым больным. Так, больные, переживающие эмоции тоски, страха и других астенических аффектов, находящиеся в состоянии душевного угнетения и подавленности, испытывают галлюцинации неприятного, устрашающего и даже ужасающего содержания; другому больному, не переживающему тяжелых аффектов, галлюцинаторные голоса просто задают безразличные вопросы или делают малоинтересные сообщения. Галлюцинаторные образы локализируются во внешнем пространстве в различных направлениях; при их обилии они могут быть всюду - на полу, на столе, на окнах, в воздухе, как это случается при белой горячке (delirium tremens). Но обыкновенно больные, особенно страдающие слуховыми галлюцинациями, определенно указывают направление, из которого исходят галлюцинаторные голоса: то они идут откуда-то из пространства, то из-под пола, с потолка, из стен; клинические наблюдения учат, что для локализации галлюцинаторных явлений большое значение имеет направление внимания, б. ч. пассивного характера; если внимание больного было случайно направлено в известную сторону, если в этой стороне появились первые галлюцинации, то понятно, что внимание больного направляется в эту сторону и впоследствии, и таким образом устанавливается преобладающая пространственная локализация галлюцинаций у данного больного; однако, эта локализация нередко меняется. Особенно поучительны в рассматриваемом отношении слуховые галлюцинации, связанные с различными областями тела больного (живот, рука, нога и т. д.); в этих случаях голоса исходят из той области, с которой связано внимание больного или вследствие какого-либо ощущения в этой области, или в зависимости от просьбы обратить внимание на эту именно область. В литературе описан случай, в котором больной, слышавший галлюцинаторные голоса извне, после перенесенного воспаления брюшины начал локализировать их внутри живота (Мержеевский) 360). Направление иллюзорных восприятий всецело определяется локализацией источника, привлекающего внимание больного, и меняется с изменением положения источника; так, иллюзорные голоса раздаются в шуме колес, в тикании часов, в шуме шагов, в шуме ветра, падающих дождевых капель, в жужжании мухи и т. д.

Галлюцинаторные явления протекают так, как если бы галлюцинирующий переживал реальные восприятия; в результате такой реальности галлюцинаторных образов большинство больных принимает их за действительные, не обнаруживая к ним критического отношения; больные не в состоянии путем волевого усилия исправить, подавить галлюцинаторный образ. Итак, одно из существенных свойств галлюцинаций заключается в их полном уподоблении действительным восприятиям, доходящим до того, что, напр., зрительные галлюцинаторные образы заслоняют реальные предметы; вполне естественно, что в этом и

заключается главная причина смешивания больными галлюцинаций с действительностью; но это не единственная причина явления: другая причина лежит в измененной деятельности сознания галлюцинантов, которое может быть помраченным, затемненным, суженным, что неизбежно связывается с понижением и падением критического отношения к окружающему и к собственной личности; при таких условиях понятно, что не только галлюцинаторные, но и галлюциноидные и иллюзорные явления нередко воспринимаются больными в качестве действительных. Второе характерное свойство галлюцинаторного процесса заключается в том, что он связан с овладением, направлением внимания больного; развивающаяся и развившаяся галлюцинация неизбежно привлекает внимание галлюцинирующего, б. ч. поглощая его всецело, во всяком случае, в значительной его части. Два указанных психологических свойства галлюцинаций - невозможность их исправить и вынужденное привлечение внимания - представляют общие, характерные черты галлюцинаций*).

Самопроизвольное возникновение галлюцинаций относится к их характерным свойствам; но в редких случаях мы встречаем способность произвольного вызывания галлюцинаторных образов; в литературе известен случай английского живописца Reynolds'a, но в виду давности и недочета некоторых сведений он недостаточно поддается анализу, особенно со стороны способа вызывания образов и отнесения их в группу галлюцинаций или галлюциноидов; но в моем распоряжении находится другой случай, предоставленный мне д-ром И. Н. Спиртовым, отчасти знакомый и мне; самое ценное в этом случае то, что об'ектом наблюдения является тоже врач-психиатр, охотно шедший навстречу, в смысле ответа на интересовавшие нас вопросы. Этот врач, отягощенный психопатическим расположением, с детства был подвержен галлюцинаторным переживаниям, которые в некоторые периоды его жизни были чрезвычайно обильными: с течением времени у него появилась возможность вызывания зрительных образов или "думой" о предмете с устремленными в пространство глазами, без примеси волевого усилия, или с участием напряженно сосредоточенного внимания и воображения предмета в определенном месте, что надежнее, но это место не должно отстоять далеко и не должно совпадать с границей помещения, со стеной; вызванные образы, вспыхивая сразу и в деталях, остаются неподвижными; усилием воли можно с трудом вызвать у них кивок головы, улыбку, которая и сохраняется; при всяком

*) Wernicke, 1. с. 230а), S: 114-208.

движении, напр., если встать, с места или только повернуть голову, волевые галлюцинации исчезают; продолжительность галлюцинаций незначительна, приблизительно до 1 мин., содержание их ограничено предметами, почему-нибудь живо интереоовавшими галлюцинировавшего.

Из приведенного описания видно, что волевое напряжение принимает участие в возникновении зрительных образов, несомненно выходящих за пределы воображения; однако, нестойкость этих образов, их непрочность, ограничение их известным расстоянием от галлюцинирующего заставляет скорее отнести их к галлюциноидам. По всей вероятности, к этой же категории явлений относятся и галлюцинаторные образы Reynolds'a. У лиц, страдающих белой горячкой (delirium tremens), в большинстве случаев удается вызвать галлюцинаторные явления в области зрения в периоде болезни до появления галлюцинаций и в течение нескольких дней после прекращения галлюцинаций. Впервые на это было обращено внимание Liepmanom 362), предложившим способ легкого, медленного, повторного надавления на глазные яблоки. Позднее Rieger и Reichardt 363) предложили более простой и легкий способ для той же цели: они предлагают больному смотреть на освещенный гладкий лист белой бумаги; при этом на листе появляются различные образы, иногда даже и цветные, более или менее живо сменяющиеся. Произведенная проверка подтвердила наблюдение Reichardt'a и выяснила его значительное постоянство; вместе с тем выяснилось, что развивающиеся мелкие картины вернее рассматривать, как иллюзии, в основе которых лежат mouches volantes и теневые неровности бумаги 364). При других галлюцинаторных формах и у алкоголиков без явлений белой горячки опыт Reichardt'a обычно не удается.

Отношение галлюцинанта к галлюцинациям не всегда лишено критики; чаще всего критическое отношение возникает по окончании галлюцинации или после выздоровления от душевной болезни; оно бывает и во время галлюцинирования, если сознание не изменено резко и не исключена ассоциативная деятельность; чаще всего критическое отношение к галлюцинациям обнаруживается у лиц, перенесших душевное заболевание, но сохранивших способность галлюцинирования, не освободившихся от нее, или при начале повторного заболевания, при возобновлении галлюцинаторного процесса у лиц к нему расположенных, напр., после приема наркотических средств. Отличить галлюцинаторные образы от действительных помогает несоответствие их с условиями места и времени (видение умершего или отсутствующего лица), а иногда галлюцинанты научаются оценивать то особое, тяжелое, неприятное, близкое к эмоции страха состояние, которое может предшествовать и сопровождать галлюцинирование; при зрительных галлюцинациях приближение к галлюцинаторным образам обычно приводит к их расплыванию и исчезновению. Критическое отношение к галлюцинациям может исчезать под влиянием реального характера и содержания последних, для понимания же различных возникающих при этом несообразностей больные придумывают более или менее правдоподобные об'яснения; напр., слыша голос знакомого, но

отсутствующего лица, говорят, что это лицо вернулось, но скрывается; увидев на улице родственника, которого там не было, больной говорит, что эта встреча отрицается намеренно и т. под.
Если душевно-больные и вообще галлюцинанты смешивают галлюцинации с действительностью, то бывают случаи обратные, когда лица, страдающие галлюцинациями и критически к ним относящиеся, лишь с большим трудом могут решить вопрос, - не являются ли воспринимаемые ими образы галлюцинаторными; не всегда решение этого вопроса бывает легким.

Один врач, испытывавший временами галлюцинации, рассказал следующий эпизод из своей жизни. Однажды к нему пришел известный ему больной, страдавший уже не раз приступами белой горячки с обильными галлюцинациями; на этот раз он находился в периоде усиленного отравления алкоголем и жаловался на возобновление галлюцинаций: "когда я шел к Вам, доктор, вдруг я увидел, что на дороге лежит рыба; я даже поднял ее и принес с собою, она лежит на столе". Посмотрев на стол, врач действительно увидел лежавшую на столе рыбу, но зная, что он сам переживает период, несвободный от галлюцинаций, он не мог решить, рыба ли лежит на столе, или он сам галлюцинирует; сознание такой неуверенности в оценке собственных восприятий было ему крайне неприятно; пришлось подойти, пощупать рыбу и порезать ее ножом, чтобы убедиться в ее подлинности. Оказалось, что больной подобрал рыбу, упавшую с воза проезжавшего торговца.

Так как галлюцинаторные образы в громадном большинстве случаев оцениваются больными, как реальная действительность, то и отношение к ним больных и поведение их определяется этой оценкой. Для врача важно установить не только наличность, но и характер галлюцинаций у больного; важно это для диагностических целей и для целей ухода за больными: соответствующим содержанием галлюцинаций могут быть вызваны поступки небезразличные для окружающих и для самого больного; под влиянием галлюцинаций совершаются неожиданные нападения на окружающих, бывает отказ от пищи, попытки самоубийства и другие поступки, возможность которых желательно предвидеть, чтобы их предупредить. Нередко больные сами рассказывают о своих галлюцинациях, тогда дело ознакомления с ними значительно упрощается, но это случается далеко не всегда, напротив, нередко больные ничего не говорят о своих галлюцинациях, а иногда под влиянием различных болезненных соображений, напр., под влиянием запрещения со стороны галлюцинаторных голосов, тщательно их скрывают. Наблюдение за больными устанавливает ряд признаков, по которым можно бывает заключить не только о наличности галлюцинаций у данного больного, но даже высказаться приблизительно о их содержании; эти признаки, по которым наличность галлюцинаций устанавливается, помимо заявлений со стороны больного, чисто наблюдательным путем, носят название, об'ективных признаков галлюцинаций 381); об'ективные признаки являются следствием отношения больного к галлюцинациям и его поведения в связи с галлюцинациями и в зависимости от них; об'ективные признаки выражаются в особенностях поведения, мимики, позы и жестикуляции больного, не находящихся в соответствии и зависимости от окружающей его обстановки. Так, видно, что больной присматривается к чему-то, щурит глаза, удивленно пожимает плечами; иногда изменяется ширина зрачков; бывают случаи, что напряженное присматривание к галлюцинаторным образам продолжается часами в течение дней и недель, что вызывает гиперемию кон'юнктив и болевые ощущения в глазах; у хронических галлюцинантов появляются морщины около глаз; при галлюцинировании следует обращать внимание на выражение лица больного, на произносимые им слова, на жесты и все его поведение, чтобы заключить о содержании галлюцинаций; так, молитвенная поза, созерцательное выражение лица, другие внешние черты религиозного экстаза дают определенное указание относительно характера галлюцинации. Больной внимательно прислушивается к несуществующим звукам, поворачивая голову в их направлении, он шевелит губами, что-то шепчет, кивает головой утвердительно или отрицательно, задает вопросы, как бы ведет беседу с отсутствующим лицом; отмечают, что у больных, страдающих хроническими слуховыми галлюцинациями, вследствие постоянного сокращения при напряженном слушании мышц, двигающих ушную раковину вперед, образуются складки в этой области. На лице больного гримаса отвращения, он закрывает нос, старается меньше дышать, - можно думать о галлюцинации неприятного запаха; при обратном ощущении больной глубоко втягивает воздух, ноздри его расширены, лицо выражает удовольствие; больной отплевывается, гримасничает, отказывается от пищи - галлюцинация скверного, неприятного вкуса; больной глотает слюну, причмокивает, двигает языком, как бы смакуя, - противоположные вкусовые галлюцинации. Нельзя перечислить вое признаки, по которым удается судить о наличности галлюцинаций у больного, поэтому я ограничился указаниями, из которых видно, в каком направлении следует наблюдать больного; результаты и выводы из наблюдения зависят от сообразительности и опытности наблюдающего.

Кроме описанных здесь галлюцинаций и иллюзий, есть разновидность, которой мы пока не коснулись, так как для психиатрии в тесном смысле слова она имеет второстепенное значение; это массовые галлюцинации и иллюзии, подробно рассматриваемые при изучении психологии и психопатологии толпы. В разное время описано много случаев таких галлюцинаций и иллюзий, некоторым из них придается историческое значение и даже пророческий характер, они повторяются изредка и в настоящее время, но далеко не всегда становятся известными. Как на примеры массовых обманов органов чувств, можно указать на видение воинами

Константина Великого креста на небе с надписью "сим победишь"; можно указать на известную галлюцинацию шведского короля Карла XI*); массовые галлюцинации отмечены во время торжеств при открытии мощей Серафима Саровского361), они наблюдаются при спиритических сеансах.
Какие главные Факторы необходимы для возникновения массовых галлюцинаций и иллюзий? Необходимо известное состояние толпы, благоприятствующее возникновению галлюцинации. Как показывает изучение описанных в литературе случаев, это благоприятствующее состояние прежде всего заключается в аффективном настроении, владеющем толпой; аффект может быть различного характера, но масса должна быть настроена однородно и аффект должен достигнуть известной силы; такие аффекты развиваются при различных общих условиях, связанных с определенными обстоятельствами, при которых умами масс владеют однородные идеи и даже желания. При таких условиях особенно легко действует внушение и самовнушение, которое обычно и бывает вызывающим моментом для появления галлюцинации; достаточно бывает слова, даже намека для развития явления. Кроме аффектов, располагающих к появлению галлюцинаций, как религиозный экстаз, страх, благоприятствующими обстоятельствами являются состояния утомления и истощения, нередко наблюдаемые при этом (поход, богомолье, осада). В большинстве случаев массовые обманы органов чувств бывают массовыми иллюзиями, а не галлюцинациями. По окончательному описанию явления нельзя заключить, что оно виделось всеми именно так, как о нем рассказывают, потому что при передаче видения многими лицами возникает много дополнительных, чисто суб'ективных подробностей, которых ни подтвердить, ни опровергнуть нельзя, - получается "творимая легенда", которой впоследствии придается характер достоверности в мелочах, которые были отмечеяы отдельными лицами, но отнюдь не виделись всеми; если это не принимается во внимание при анализировании явления, то приходится недоумевать, каким образом яркая картина иллюзии или галлюцинации была воспринята всеми видевшими ее во всех подробностях одинаково.

Для иллюстрации всего сказанного о галлюцинациях, галлюциноидах и иллюзиях, обратимся к примерам.

Больной Г., 26 л., окончил университет по историко-филологическому факультету. Находился в клинике с сентября 1916 г. по июль 1917 г. Больной заявляет, что приблизительно с 1914-1915 года он находится в "сомнамбулическом" состоянии, благодаря воздействию на него многих знакомых, ученых, психиатров и художников. Все эти лица действуют на больного при помощи непонятной для него силы гипнотического внушения, возможно, что также через электрический ток. Действия их Г. ощущает в виде проходящего по телу электрического тока или неопределенных парэстезий и слуховых галлюцинаций; эти внушения вызывают в его мозгу оживленные ассоциации и иногда зрительные галлюцинации. Сам Г. классифицировал испытывавшиеся им слуховые восприятия следующим образом: помимо звуков, слышимых при
*) Brierre de Boismont, 1. c. 345), p. 50.

разговоре с людьми, находящимися вблизи, в одной комнате со мной, и видимых мною, и которые никакого психологического интереса не представляют, я испытал следующие ощущения: 1) Голоса людей, находящихся в ближайших помещениях, при чем не всегда возможно было точно их локализировать. Так, голос человека, читающего книгу или газету, или разговор служителей больницы казался мне происходящим в помещеаиях, находящихся направо от меня, между тем как по зрительной проверке они оказывались в комнате больного, помещенного налево от меня. Точно так же разговор, происходящий в ванной комнате, отделенной от меня одной стеной, казался происходящий за три комнаты от моего помещения. - (Истинные слуховые галлюцинации. Галлюцинаторные голоса часто лишь приписываются Г. лицам, находящимся в соседней комнате; в ванной комнате никакого разговора не происходило; перенося галлюцинаторные голоса в эту комнату, Г. старается примирить свои впечатления с реальной возможностью). 2) Голоса и звуки, которые я ощущал как бы производимыми в моем помещении, между тем как предметов или людей, их производящих, не было налицо. Так, слышались звуки человеческого голоса, которые казались исходящими от потолка, из стен, из электрической лампочки, из вентилятора, из-под пола, из закрытых окон; иногда слышался как бы полет птиц, или свист ветра в закрытом помещении.- (Галлюцинации). 3) Голоса, которые воспринимались мною при движении неодушевленных предметов и составляли целые фразы. Так, капли дождя по железной крыше, капли воды из умывального крана, спуск воды в ванну, в кипятильник, шелест листьев в саду, шуршание одежды проходящих по коридору лиц, иногда даже шуршание своей собственной одежды, скрип дверей, движение маятника стенных часов, трение полотерной щетки о паркет - все это сопровождалось фразами или словами; подобные же ощущения возникали у меня иногда в поезде, в шуме и стучании колес по рельсам. - (Слуховые иллюзии). Примечание. Все описанные ощущения можно назвать реальными, так как они локализировались моим сознанием, как производимые вне моих воспринимающих органов, и по моему убеждению могли быть услышаны при достаточной для того остроте слуха и другими лицами, а также записаны фонографом.
4) Перехожу теперь к звукам, которые локализировались мною внутри моего мозга. Таковы были: а) воспроизведенные воспоминания, запасы представлений, звучавших, как слуховые представления и мысли; б) слова и фразы, звучавшие в лобной части головы; они принадлежат товарищам, узнать их можно по звуку голоса и содержанию фраз; в) голоса незнакомых лиц; они дают советы, устрашают, говорят, что я буду

вечно сумасшедшим; г) голосовые представления, т. е., собственные слова, но произносимые чужим голосом; они локализируются в затылке; они произносятся и собственным голосом, но не по своей воле, и распространяются в область голосовых связок, при чем ощущается иннервация горла, а, иногда даже движение языка; сюда можно отнести, напр., воспоминание из детской жизни, когда я терся головой о голову брата Сережи и сзади услышал укоряющий голос "Сережа". Вспомнил песню няни "золото мое, золото", которую давно забыл. Голоса звучат, иногда подсказывают мысли, иногда их повторяют. (Слуховые галлюциноиды, двигательные галлюцинации SegIas'a, мышечные Cramer'a).
Содержание голосов весьма странное, напр., "что мать еще жива, что отец вырыт из могилы и я его видел в пятом отделении клиники", "думаю, что через три года после смерти можно оживить током покойника, но разум говорит, что это вздор". Слышится звон колоколов, доносящийся из Выборга, колокола звучат сами собой, предсказывая "несчастие".
Зрительные галлюцинации и галлюциноиды, часто дополняемые и поясняемые слуховыми: 1) Всевидящее око, как его изображают в церквах (зрительная галлюцинация). 2) Вид старца в треугольнике: образ старца видел сзади - получалось, что глаза смотрели как бы назад, как бы повернуты были внутрь, и я видел сквозь череп сзади и сбоку старца, который показался на мгновение и исчез*); треугольник был как бы из электрических нитей; голос пояснил, что это явление не ново, что заграницей оно давно уже известно; многие поймут эти явления только после смерти, при жизни их понимают некоторые больные и врачи нашей клиники; при виде старца услышал "ура", доносившееся с фронта, и колокольный звон из

*) Галлюцинации и галлюциноиды с подобной пространственной локализацией "вне поля зрения" Bleuler называет extracampinae 376).

глубины России. - (Зрительный галлюциноид в сочетании со слуховыми галлюцинациями), 3) Матовый треугольник и в нем облако. 4) Желтый треугольник с лучами. - (Галлюцинации). 5) Видел "в мозгу" круг и в нем какие-то мостки, по которым ходили люди. - (Галлюциноид). Нередко поведение Г. направлялось галлюцинаторными явлениями, под влиянием которых он временами молчал, отказывался от пищи; иногда галлюцинации принимали императивный характер, заставляя Г. проявлять разрушительные наклонности: заставляемый голосами, он неоднократно принимался бить стекла в окне своей комнаты. Однажды, под влиянием голосов Г., находясь дома, схватил за шею и начал душить свою старую воспитательницу; впрочем, агрессивные наклонности обнаруживались у Г. очень редко.
Больной Г - й, 45 л., уже много лет находится в лечебнице. Слышит плач своей нянюшки Варюнюшки, которую мучат на чердаке (над потолком) какие-то люди; он просит и умоляет отпустить старую няню, но безуспешно; больной приходит в состояние сильного двигательного возбуждения, кричит, угрожающе размахивает руками, никому, однако, не причиняя вреда. Галлюцинаторные явления исчезают, и больной постепенно успокаивается. Эта галлюцинация повторяется стереотипно каждые два-три дня в течение многих лет, каждый раз вызывает бурную реакцию. - Навязчивая слуховая галлюцинация.
Больная П., дев. 35 л., страдает истерическим психоневрозом с обильными галлюцинациями зрения и кожного чувства. Так, больная испытала видение скелета в черном покрывале, с оскаленными зубами; однажды вечером при свете лампы в воздухе появилась масса "кончиков указательных пальцев", быстро колебавшихся; очень живо больная описывала испытанное ею видение сатаны: "с вечера я чувствовала, что ночью будет что-то страшное, приготовила евангелие и кресты, положила, их на рубашку сверху, чтобы не искать, положила на голову ледяной компресс; вдруг просыпаюсь в ужасе, чувствую что-то ужасное; в комнате полусвет - полутьма; влево от меня стоит совсем близко фигура, неплотная и телесная; шириной, как человеческая; закрыта черным сукном с пелериной, как с крыльями; головы и лица не видно; чувствую, что меня охватывает ужас, схватываю евангелие и кресты - сатана не исчезает; читаю молитву - обет (следует текст молитвы), стало спокойно на душе, встряхнула головой - сатана исчез. - (В последнем случае дело идет о просоночной, гипнагогической галлюцинации, в развитии которой эмоция страха и самовнушения с вечера играла роль). Больная испытывала временами зрительные иллюзии в виде черных рож, появлявшихся в рисунке обоев и в воздухе. Однажды она испытала зрительно-осязательную галлюцинацию: она сама была одета в черную крылатую одежду, края которой спускались сзади и по бокам; она отчетливо ощущала, что одежда эта прилегала к ее спине и бокам.
Больная М., 31 г., сильно злоупотребляла алкоголем, многократно переносила приступы алкогольного психоза с обильными и разнообразными галлюцинациями и иллюзиями; так, в одном из приступов она "не имела ни минуты покоя": сначала ее отравляли три дня едким ядовитым дымом из печи; тонкой струей шел этот дым прямо на нее, куда бы она ни села (обонятельная и зрительная галлюцинация), а хозяева и кухарка в это время сверху все пятеро поют и смеются и ругаются, вернее, нараспев поют самые циничные песни,- говорят: "убирайся со двора, все равно не твой он, ты кривой, Ваня будет спать со мной, он не твой, он не твой"; старались свести с ума своим механизмом, в котором жгли ядовитые вещества; при выходе на улицу то же самое пели колокола и птицы; воробьи поют под их голос то же самое - "последние башмаки у тебя, постелью будет мать сыра земля" и т. д.; им же вторит и самовар на столе - ведь не галлюцинация же это! Далее, больную "донимали табаком", устраивали ей "медный вкус" во рту (вкусовая иллюзия), увозили ее из дома и "насиловали" (галлюцинаторные явления в области половых органов).
Больной Н., 38 л., уже несколько лет находится в лечебнице, в разговоре и в поведении его обнаруживаются обширные галлюцинаторно-бредовые явления: он ежеминутно слышит голос, "кроме как во сне,

выражаются сквернословно или между собою разговаривают"; голосов несколько - два, четыре или пять, неизвестно, мужчины или женщины, так как в "алхимии" и мужчины могут говорить тонкими голосами, а женщины басами; днем голоса слышнее, говорят по-русски, но иногда становятся непонятными: берут мой ум "посредством искусств", "слышу иногда, будто в моей голове, наравне с моей головой мысли вложены; действуют моим языком, осязанием действуют моим, властью посредством научности заставляют блуд делать, онанируют моими руками, начинают махать моими руками, кричать громкозвучно моим голосом, стервятину, падаль, мочу, женские половые органы в нос тычат; говорят они, вероятно, и с другими лицами в отделении; на воле, бывало, кивнут моей головой и ударят об стену". - Слуховые галлюцинации и галлюциноиды, галлюцинации осязания, мышечного чувства, вынужденные галлюцинаторные действия, обонятельные галлюцинации.

Как на примеры галлюцинаций не у душевно-больных, можно указать на галлюцинации Tasso, беседовавшего соу своим добрым гением, Gothe, видевшего своего двойника, ехавшего ему навстречу верхом на лошади, Luther'a испытавшего столь яркое видение диавола, что он бросил в него чернильницей, Walter-Scott'a видевшего умершего Byron'a в складках платья, Benvenuto-Cellini, испытавшего видение солнца, и др. Если проанализировать эти случаи и другие им подобные, то оказывается, что люди, подвергнувшиеся обманам чувств, не находились в это время в состоянии душевного покоя и равновесия - они переживали аффект, находились под влиянием яркого впечатления, были утомлены или истощены, что также не оставалось без влияния на их нервную систему; кроме того, обычно это люди с неустойчивой психикой, с сильно развитым воображением и фантазией; так, Goethe увидел двойника после пережитого им сильного волнения (дело шло о зрительном галлюциноиде, так как двойник виделся не телесными, а духовными очами), Luther испытал галлюцинацию, будучи сильно возбужден и утомлен продолжительным спором с противниками, зрительная иллюзия Walter-Scott'a объясняется также переживавшейся им эмоцией, впечатлительностью и, вероятно, самовнушением мистически настроенного человека, Benvenuto-Cellini 361а) находился в тюремном заключении, по своим условиям вообще располагающем к галлюцинациям. Анализ всех таких случаев подтверждает, что галлюцинаторные явления суть явления психопатологические и что следует признать, что они могут развиваться при известных условиях не исключительно у душевно-больных, но в качестве элементарного психопатического эпизода и у лица, не обнаруживающего общих признаков душевной болезни; этих людей часто нельзя причислить к душевно-больным, чаще всего это люди с известным психопатическим отягощением, в период переживаемых галлюцинаций они не представляются совершенно здоровыми людьми. Конечно, галлюцинации не у душевнобольных не составляют привилегии великих людей, случаи с которыми обыкновенно цитируются всюду, но бывают и у простых смертных; если внимательно вчитаться в приводимые описания, составленные компетентными лицами, то всегда почти можно найти указания на то, что галлюцинирующее лицо, так или иначе, было выведено из состояния своего душевного равновесия.

Griesinger цитирует случай, относящийся к одному студенту Эдинбургского университета Г., который увидел череп на своем письменном столе; он хотел взять череп, но череп исчез; в другой раз он увидел этот череп в аудитории на кафедре профессора; в третий раз его кто-то взял за руку в темной комнате и произнес "не бойтесь"; когда он зажег свечу, то увидел удалявшееся лицо умершего товарища: после этого у Г. обнаружилось лихорадочное заболевание с головной болью и бессонницей.
Под моим наблюдением находился тоже один молодой студент Х., обратившийся ко мне с жалобой на галлюцинаторные явления, развившиеся у него с весны 1916 года; однажды, когда он лежал в своей комнате, в открытую дверь соседней комнаты он увидел поле сражения, на котором сам он лежал раненым; с тех пор почти каждую неделю он видел на улице своего двойника, идущего впереди него в пяти-шести шагах расстояния; если Х. пытался ускорить походку, чтобы приблизиться к двойнику, последний тоже шел быстрее, так что расстояние между ними не уменьшалось. Однажды Х. показалось, что в вагоне железной дороги в него выстрелили, и пуля просвистела мимо него. При исследовании и раепросах Х. выяснилось, что он человек в высшей степени анемичный, с ослабленным питанием; желая поступить в высшее учебное заведение по конкурсу аттестатов, он усиленно занимался больше года и не отдыхал летом; поступив туда, куда хотел, он продолжал чрезмерно работать; в октябре он перенес тяжелое крупозное воспаление легких, от которого с трудом оправился; снова усиленно занимался; сначала у него появились кошмарные сновидения, а затем галлюцинации и галлюциноиды, появлявшиеся эпизодически и всегда неожиданно для больного. Дальше указанных элементарных психопатических явлений дело не пошло, и Х. скоро совершенно поправился. Х. критически относился к своим галлюцинациям, наличности формального психоза у него не устанавливалось, но в период появления галлюцинаций его никак нельзя было признать душевно-здоровым человеком. В передаче не врачей случаи галлюцинаций у лиц не душевно-больных часто приобретают особое освещение, а передаются в таком виде, что материал для их психопатологической оценки отсутствует.

Говоря о галлюцинаторных явлениях у лиц не душевнобольных, нельзя обойти молчанием те свойства живого воображения и фантазии, которые наблюдаются у некоторых лиц и художников и, благодаря которым, умственные образы доводятся до почти реальной яркости и пластичности. Конечно, такие

пластические образы, вызываемые по желанию, не принадлежат к галлюцинациям, приближаясь к галлюциноидам; однако, хотя и редко, они переходят грань воображения, проецируясь в пространство; такая яркость чувственных элементов образов чаще наблюдается у детей, женщин и лиц, специально, по своей профессии, воспитывающих эту сторону своей психики, а именно, у художников*). Усиленное мышление понижает чувственный элемент воспроизведений (впечатлительность детей), он понижается также внешними раздражителями; этим об'ясняется более легкое появление галлюцинаций в темноте, исчезновение их при освещении комнаты, яркость гипнагогических галлюцинаций и яркость сновидений.
Gothe обладал следующею способностью: если, наклонив голову и закрыв глаза, он представлял себе какой-нибудь цветок в центре поля зрения, то цветок этот, не оставаясь ни минуты без изменения, беспрерывно развертывался, развивая все новые и новые цветы, то с разноцветными, то с зелеными лепестками; это были цветы не натуральные, а фантастические, но они были правильными, подобно розеткам скульпторов. Эту способность Кандинский **) рассматривает, как способность к галлюциноидам ***).
Baillarger рассказывает, что английский живописец Martinn видел перед собою лишь задуманные и неразработанные в смысле плана картины в законченном виде, что очень облегчало его работу, так что ему приходилось списывать с готового образа; если кто-нибудь садился между работавшим художником и галлюцинаторным образом, то работа затруднялась, так как часть оригинала заслонялась. Если, на основании описания Baillarger. признать в этом случае наличность галлюцинаций, то придется рассматривать его в качестве редкого исключения; вернее допустить, что дело идет о галлюциноидах.
Еще более поразительная способность была присуща знаменитому Reynolds'у. Этому художнику было достаточно внимательно посмотреть на свою модель полчаса, занося при этом некоторые штрихи на полотно, чтобы впоследствии продолжать работу уже в отсутствии оригинала, который заменялся ярким образом фантазии; этот

*) Goldstein, 1. с. 346), S. 599.
**) Кандинский, 1. с. 349), стр. 63.
***) Baillarger, 1. с. 348), р. 332.

фантастический оригинал проецировался в пространство, усаживался в кресло, художник заставлял его позировать. Такой способ работы давал возможность Reynolds'у писать в год 300 портретов, пользовавшихся громадным успехом. Он заболел душевным расстройством, потребовавшим пребывания в лечебном заведении в течение тридцати лет. Здоровье художника восстановилось, и вместе с тем восстановилась его способность к галлюцинаторскому писанию портретов *). В этом случае дело идет о несомненной психопатической конституции, связанной с развитием галлюцинаторных способностей, но все-таки правильнее допустить, что яркие образы Reynolds'а не переступали границ галлюциноидов.

Приведенные случаи принадлежат к весьма редким, но они наблюдаются при известном психопатическом расположении; яркость воображения и фантазии, свойственная отдельным лицам (Balzac), может быть и чрезвычайно сильной, но лишь редко она достигает патологических границ, в которых образы ее должны определяться, как галлюциониды; если же такие люди переживают галлюцинации, то в это время они не находятся в состоянии душевной нормы.
Примеров массовых галлюцинаций и иллюзий можно привести очень много, черпая их из разных времен; особенно богаты ими периоды стихийных общественных движений, т. наз. психических эпидемий (период крестовых походов и различных религиозных движений), во время которых аффективное состояние масс сочетается с однородным содержанием мышления и настроением, в результате чего создается особая внушаемость в определенном направлении. Возьмем два примера, один из старого, а другой из нового времени.

Известная коллективная галлюцинация шведского короля Карла XI относится к 1576 году. Незадолго до этого король, бывший выдающимся правителем, но в то же время холодным и суровым человеком, потерял свою жену, и его мучила совесть по поводу его сурового обращения с нею; он сделался еще более замкнутым, чем раньше, и усиленно работал. В ночь с 16 на 17 декабря, мучимый более обыкновенного своей меланхолической болезнью, король молча сидел перед огнем с графом Brahe и врачом Baumgarten; разговор не вязался, но в то же время король не отпускал придворных; король встал, подошел к окну, и ему показалось, что окна большого государственного зала освещены; была высказана мысль, что это свет луны, но король с этим не согласился, так как, всматриваясь некоторое время в окна зала, он увидел там людей; король решил сам пойти посмотреть, что происходит в зале; послали за ключарем; сначала надо было итти по коридору, а затем пришли в помещение, служащее вестибюлем; все были возбуждены, и конечно, это возбуждение с суеверным страхом еще более усилилось, когда король с удивлением спросил, по чьему распоряжению стены обтянуты черным; ключарь ответил, что здесь дубовая отделка, но этот ответ, повидимому, не рассеял иллюзию; король приблизился к дверям зала, но ключарь остановил его словами: не ходите дальше, государь, там есть колдовство! со времени своей смерти Ваша супруга каждую ночь в это время ходит по залу. Все присутствующие взволнованно и со страхом уговаривали короля не входить в зал или послать за охраной; никто не осмеливался открыть дверь зала, и это "с божьей помощью" сделал сам король; затем он и вся свита вошли в зал. Глазам короля и присутствовавших представилась следующая

картина: громадный зал был освещен и обтянут черным; вдоль стен были расположены иностранные знамена, а в средине шведское знамя в трауре. На троне находилось окровавленное тело, видимо, короля; справа от него стоял юноша с короной и скипетром, а слева пожилой человек в мантии; за столом против трона сидели люди в черном, похожие на судей, перед ними лежали книги; в стороне от трона находилась плаха и возле нее топор. Старший из судей трижды ударил по книге, воцарилось глубокое молчание, отворилась дверь против Карла, и в зал вошли несколько богато одетых юношей со связанными руками; сзади них шел палач; шедший впереди юноша остановился против плахи и бросил гневный взгляд, под которым

*) Brierre de Boismont, 1. c. 345), p. 26.

содрогнулся труп короля, и из раны выступила кровь; юноша опустился на колени и положил голову на плаху; сверкнул топор и с шумом опустился; голова откатилась к ногам Карла, который в ужасе воскликнул, обращаясь к человеку в мантии: если ты от бога, - говори, но если ты из ада, - оставь нас в покое. На это призрак ответил: король Карл, эта кровь прольется не в твое царствование; но через пять царствований, несчастие за несчастием для крови Ваза. Затем видение потускнело и рассеялось, наступила темнота, освещавшаяся только фонарем короля, при свете которого шевелились ветром старые драпировки. Видение длилось десять минут. Карл тотчас же составил акт обо всем происшедшем, скрепил его клятвенно, присутствовавшие тоже письменно подтвердили истинность происшествия*). Даже из краткого описания этой коллективной галлюцинации и ее обстановки видно, что король находился в состоянии душевного нездоровья и тревоги; эту тревогу переживали и его приближенные; суеверный страх усиливался разговорами о хождении покойной королевы по тронному залу; все это создало подходящие условия для внушения и развития обманов чувств; начинается с иллюзии: при скудном свете фонаря большое помещение кажется обтянутым в черное; эта иллюзия не рассеивается возражением ключаря, а наоборот, видимо, овладевает и другими; развивается суеверный ужас, предлагают послать за стражей, никто не решается отворить дверь. Надо думать, что король сообщил свои впечатления спутникам, которыми тоже овладела галлюцинация, но, конечно, не все они видели все одинаково, а внушение продолжало действовать и дальше, когда король составлял описание галлюцинации. Психиатрический анализ коллективных галлюцинаций в значительной степени затрудняется тем, что описания их за малыми исключениями составлены не врачами, вследствие чего в описаниях бывают пропущены подробности, которые могли бы пролить свет на происхождение и развитие явления.

Тем более ценным представляется наблюдение Никитина 361), относящееся к периоду Саровских торжеств; эпизод, послуживший темой сообщения автора, наблюдался им в окрестностях Саровского монастыря Тамбовской губернии через неделю после окончания торжеств; скопление богомольцев еще мало уменьшилось за это время, и среди них продолжала царить атмосфера крайнего религиозного возбуждения, поддерживаемая постоянными известиями о новых исцелениях; эти слухи еще более увеличивали экзальтацию масс. 28 июля автор по дороге от монастыря к источнику увидел группу крестьян и крестьянок, состоявшую человек из двадцати, столпившихся вокруг одного из многочисленных в той местности колодцев; все смотрели на дно колодца с выражением страстного любопытства, перевешивались через перила, заглядывали через головы соседей, протискивались вперед; собралась толпа, слышались вопросы. Один из крестьян заметил: "да вот сейчас, сказывали, на дне два лика"; возбуждение наростало; разостлали над головами черную шаль, чтобы лучше видеть дно колодца, и вдруг одна женщина воскликнула: "вот, вот, батюшки мои родимые, как ясно-то! Ах, какая благодать! Отец Серафим!" Через минуту иллюзия стала общей, с трудом отходили от колодца, уступая место другим, люди с блаженными лицами, с выражением экстаза. Автор ничего, кроме камешков и древесных сучков, на дне колодца не увидел. Иллюзия продолжалась до 15 минут, захватывая новые и новые лица, человек до сорока. Вдруг к колодцу протиснулась молодая, бойкая женщина, и по примеру других стала смотреть в колодец; на вопрос, что видно в колодце, она ответила :"да чего, человечьи головы кругом видать, белы камни видать, а больше ничего". Эти слова быстро рассеяли иллюзию - начали раздаваться вопросы, высказываться сомнения, иллюзия исчезла. Толпа разошлась. Расспрашивая участников иллюзии о ее содержании, автор убедился, что впечатления их, имея своим содержанием один общий об'ект, видение Серафима, в подробностях значительно отличались между собою.

В этом описании весьма отчетливо выступает развитие массовой иллюзии под влиянием самовнушения и взаимного внушения (психическая зараза) в однородно настроенной толпе богомольцев, находившейся в состоянии религиозного аффекта; толпа была утомлена и голодна, что также способствовало развитию психической эпидемии, весьма поучительно разнообразие в подробностях иллюзии при тождественном общем ее содержании: очевидно, это общее свойство массовых обманов чувств; легенда творится, вытекая из рассказов участников, охватывая возможные подробности, дополняясь и развиваясь: в конце концов, она выливается в довольно случайную форму и образ, видение которого приписывается всем участвовавшим лицам, тождественным, тогда как на самом деле оно было существенно разнообразным. Массовые галлюцинации и иллюзии, будучи явлением коллективным, дают образы, являющиеся результатом коллективного творчества.

*) Brierre de Boismont, 1. c. 345), p. 50. Никитин 361). У обоих приведенных авторов собран большой материал по вопросу о коллективных галлюцинациях.
247

Вполне естественно возникает вопрос о происхождении галлюцинаторных явлений: как протекает физио-патологический процесс, вызывающий их развитие, каков механизм их возникновения. Ответ на этот вопрос не так прост и легок, он находится в пределах физио- и психопаталогаческих знаний и представлений, ими ограничен; в зависимости от этих условий, в разное время различных, различно разрешается и вопрос о механизме галлюцинаторного процесса; это привело к созданию нескольких основных теорий с несколькими модификациями; рассмотрим главнейшие из них.
Одной из самых старых теорий происхождения галлюцинаций является периферическая теория (Calmeil*), J. Muller 367)). Галлюцинация есть беспредметное чувственное ощущение, идея, представление в чувственной оболочке; окружающая среда воспринимается при посредстве органов чувств, периферические аппараты которых подвергаются специфическим раздражениям; отсюда мысль, что патологическое возбуждение периферических окончаний центростремительных нервов и является источником, причиной развития галлюцинаций. Действительно, галлюцинации могу! наблюдаться при болезненных поражениях органов чувств, напр., при помутнении хрусталика, поражении сетчатки, зрительных нервов, при серных пробках в ушах и др.; такие наблюдения как бы подтверждают периферическую теорию, однако, при более глубоком анализе явлений, она оказывается неудовлетворительной; дело в том, что многими авторами неопровержимо установлены случаи галлюцинирования у людей, лишившихся функции периферического чувствующего аппарата, ослепших или оглохших; следовательно, галлюцинации возможны и при отсутствии периферических окончаний**); раздражение периферических окончаний при обычных условиях не вызывает галлюцинирования, а сопровождается лишь элементарными явлениями, обусловленными специфическим характером функции данного нерва, как, напр., фосфены и акузмы; наконец, в случаях полного отделения периферического аппарата от центральной нервной системы, в случаях, которые можно приравнивать к экспериментальным, сплошь и рядом наблюдается развитие обманов органов чувств: сюда особенно относятся случаи ампутации конечностей, после чего в течение нередко весьма продолжительного времени сохраняется т. наз. чувство ложных конечностей, псейдомелия 368-369), при чем ампутированные или люди с полной нечувствительностью конечностей, напр., при болезнях спинного мозга, получают впечатление не только различного определенного положения своих отсутствующих или парализованных членов, но даже мучительных болевых ощущений, связываемых с определенными участками отсутствующих конечностей. Из сказанного с несомненностью вытекает, что галлюцинаторные явления не только могут развиваться без центростремительных возбуждений со стороны периферических нервных окончаний, но в тех случаях, где источником галлюцинации является такое
*) Calmeil, 1. c. 44).
**) Goldstein, 1. c. 346), S. 614.
248
раздражение, существо дела заключается не в нем, а в центральном органе нервной системы, головном мозге, который должен находиться в особом состоянии, приводящем на притекающее с периферии раздражение к психологической реакции, выражающейся в форме галлюцинации. Таким образом, периферическая теория происхождения галлюцинаций оказывается несостоятельной; периферические раздражения, притекающие к центру, к головному мозгу, могут рассматриваться только в качестве источников, стимулирующих головной мозг, находящийся в особом состоянии; это особое состояние головного мозга и является причиной психопатологического явления, галлюцинации. Из сказанного вытекает также, что галлюцинации могут возникать, как отраженные, рефлекторные явления со стороны периферических нервов, при условии известного предрасположения головного мозга. Возможность описанного механизма галлюцинаций установлена давно, и оценка их, как рефлекторных явлений, принадлежит Kahlbaum'у 370). Периферическая теория происхождения галлюцинаций относится к очень старым теориям, она никем не выдвигается в настоящее время, но и при своем возникновении она оспаривалась Baillarger*), Brierre de Boismont **) и другими авторами, если и не создавшими теории, которая была бы признана всеми, но тем не менее установившими прямую зависимость галлюцинаторных явлений от состояния головного мозга. Baillarger, подробно анализируя происхождение явлений, приходит к выводам, что галлюцинации возникают, как результат непроизвольной деятельности памяти и воображения, при условии подавления внешних впечатлений и внутреннем возбуждении чувственных аппаратов; он разделяет галлюцинации на психосенсориальные и психические, не требующие для своего развития участия сенсориального аппарата.
Итак, почти в самом начале развития учения о происхождении галлюцинаций было установлено, что для их возникновения необходимо особое состояние головного мозга. Такой вывод, однако, еще не решает вопроса и не исчерпывает его сущности: существующие теории связывают развитие галлюцинаций с деятельностью подкорковых узлов, с болезненным состоянием мозговой коры, с поражением тех или других отделов головного мозга и периферического нервного аппарата одновременно; справедливость этих теорий необходимо проанализировать и дать им сравнительную оценку. Особенно сильно связывает возникновение галлюцинаций с патологическим состоянием подкорковых центров Meynert***); из других авторов, этого

предположения держится, напр., Hagen, отчасти Кандинский. Meynert принимает, что мозговая кора и область подкорковых узлов находятся между собою в отношении антагонистов; при состояниях раздражительной слабости, при "сумасшествии" вообще, функция истощенной мозговой коры понижается, между тем как антагонистические подкорковые центры обнаруживают явления повышенного раздражения; корковое возбуждение, говорит Meynert, не может быть переведено в картину внешнего мира, так как кора, слепая, глухая и бесчувственная, не может дать места чувственному восприятию; все чувственные восприятия образуются в подкорковых чувственных центрах, включая и пространственные восприятия; при тщательном анализе со-

*) Baillarger, 1- c. 348), p. 464-675.

**) Brierre de Boismont, 1. c. 345), p. 607.

***) Meynert, 1. c. 198). Русск. изд., стр. 48.

общений больных выясняется, что нередко отсутствуют признаки отнесения галлюцинаций к внешнему миру, - это так называемые психические галлюцинации (Baillarger). Состояние коркового истощения, обусловливающее возбуждение подкорковых областей и возникновение галлюцинаций, может наступать и у здоровых людей, чем и об'ясняется возможность у них галлюцинирования. Гипотезу антагонизма коры и подкорковых областей Meynert обосновывает анатомическим распределением кровеносных сосудов и их взаимоотношением.

Отрицая, по крайней мере активное значение мозговой коры в возникновении галлюцинаций, Meynert неправ по следующим соображениям: во-первых, антагонизм, коры и подкорковых областей существует лишь до известной степени; во-вторых, на анатомическом отношении сосудов обеих областей нельзя основывать учения об антагонизме, так как возможность активного расширения и сужения их сосудов, активного, а не только пассивного изменения их просвета, стоит в противоречии с учением об антагонизме; в-третьих, положение Meynert'a, что "сумасшествие" связано с состоянием истощения мозговой коры и, следовательно, возбуждением подкорковых областей, представляется произвольным и несправедливым; наконец, отрицание чувственной функции коры неправильно, но доказано это было позднее появления теории Meynert'a. На основании сказанного следует, что теория механизма происхождения галлюцинаций, предложенная Meynert'ом, с современной точки зрения представляется недостаточной и неправильно обоснованной, но в свое время она имела значение, как анатомо-физиологическая попытка обоснования галлюцинаторных явлений, вытекавшая из уровня научных взглядов времени Meynert'a.

Раз мы исключаем правильность периферической теории возникновения галлюцинаций и правильность отнесения возникновения галлюцинаторного процесса к области подкорковых узлов, конечно, остается только связать его происхождение с мозговой корой; но прежде чем будут приведены соответствующие соображения, остановимся еще на рассмотрении т. наз. центробежной теории происхождения галлюцинаций; эта теория представляет интерес не в смысле локализации галлюцинаторного процесса в подкорковых узлах или в мозговой коре, так как сторонники ее в этом отношении расходятся; но общее у тех и других существо теории заключается в допущении обратной проводимости по чувствительным путям от центра до их периферических окончаний, вернее, начал. Сторонники этой теории исходят в своих рассуждениях из следующих оснований: галлюцинация есть чувственное представление, чувственное восприятие; образы фантазии и воображения не обладают обычно яркой чувственной окраской, наши представления вообще лишены заметного чувственного элемента, который дается возбуждением периферических воспринимающих аппаратов; в процессе галлюцинирования должны развиваться условия, при которых наступает возбуждение периферического аппарата; откуда могут возникать эти условия? очевидно, они могут наступать только в том случае, если возбужденное состояние центральных органов нервной системы, мозговой коры или подкорковых узлов, распространяется на периферический воспринимающий аппарат; такое распространение возбуждения может возникать только при одном возможном условии, при распространении возбуждения по чувствительному проводнику в обратном, центробежном, направлении; лишь только при этом условии наступило возбуждение периферических воспринимающих аппаратов, - этим самым дано основание для чувственной окраски образов, до того ее не имевших; образы стали галлюцинаторными, приобрели характер реальной действительности. Как бы яркими ни были наши представления и образы фантазии, какой бы живостью они ни отличались, они остаются только таковыми и оцениваются переживающими их лицами, как чисто суб'ективные психологические процессы; если при известных патологических условиях возбужденное состояние, сопровождающее душевную деятельность, распространяется на периферию, то яркие образы фантазии приобретают чувственный элемент, становятся об'ективными, галлюцинаторными. Яркий образ фантазии, представление неожиданно всплывшее, с того момента, как оно приобрело чувственный компонент с периферии, - стало галлюцинацией.

Теории о необходимости участия в галлюцинаторном процессе периферического аппарата держится целый ряд авторов до последнего времени, признавая, следовательно, центробежное распространение возбуждения по чувствительным проводникам; к таким авторам принадлежат: Hagen*), Schule**), Krafft-Ebing***) , Tamburini 370) , Корсаков ****) и др. Не все авторы представляют обратное проведение раздражения одинаково; одни принимают эту гипотезу, как доказываемую разными соображениями, другие просто считают ее неизбежной, так как без нее не уясняют галлюцинаторного процесса, третьи придумывают

особые способы для обратного распространения возбуждения; так, Hagen полагает, что в этих случаях дело идет о судороге чувствительных нервов; по его мнению, здесь имеется аналогия с распространением возбуждения от центра по двигательному проводнику, но с тою разницею, что передается возбуждение с чувствительного центра по чувствительному проводнику в центробежном направлении. По мнению Krafft-Ebing'a, для превращения образа воспоминания в галлюцинацию необходимо, кроме усиления его напряженности, функциональное сочувственное возбуждение (самовозбуждение) чувственного пути на всем его протяжении от центра к периферии; при этом чувственный аппарат приводится в состояние возбуждения, т. е., молекулярного колебания, внутренним психическим процессом; возникшее чувственное представление относится сознанием во внешнее пространство.
Остановимся подробнее на теории Tamburini, пользующейся распространением. Автор выдвигает положение, что галлюцинации являются последствием возбуждения чувственных центров мозговой коры; это положение вполне естественно вытекает из современного автору учения о корковой локализации, развившегося в связи с открытиями Hitzig'a, H. Munk'a и др. Нельзя ставить в вину Meynert'y, что он связал происхождение галлюцинаций с подкорковыми узлами, в его время кора признавалась слепой и бесчувственной; после открытия чувственных областей в коре, конечно, изменилась и локализация галлюцинаторных процессов; таким образом, в пользу указанной локализации говорят данные физиологического эксперимента; клинические наблюдения также говорят за это: раздраженное состояние коры перед эпилептиформными приступами

*) Hagen, 1. с. 350), S. 49-85.
**) Schule, 1. с. 291), S. 139.
***) Krafft-Ebing, 1. с 4), стр. 135-141.
****) Корсаков, 1. с. 227), Т. II, стр. 171-174.

обычно сопровождается галлюцинациями; поражение корковых центров сопровождается галлюцинациями, исчезающими при их разрушении; без возбуждения корковых центров галлюцинации не могут развиваться; однако, для развития галлюцинации, для приобретения представлением признаков об'ективной реальности необходимо распространение возбуждения с коры на периферию подобно тому, как это допускают Hagen, Krafft-Ebing; возбуждение периферических окончаний отождествляет мнимые восприятия с действительными.
Какие соображения говорят в пользу теории обратного проведения возбуждения по чувствительному пути? Мы привыкли признавать действительно существующим во внешнем пространстве то, что мы воспринимаем при посредстве наших органов чувств; следовательно, если удается выяснить наличность аналогичных условий, т. е., развитие возбуждения в периферическом аппарате при галлюцинаторном процессе, то этим самым разрешается вопрос о реальном характере галлюцинаций и об отнесении галлюцинаторных образов во внешнюю среду. Нервное волокно, как таковое, может проводить возбуждение в обоих направлениях 378); нормальные условия деятельности нервной системы одно, а патологические, при которых раздражения сильнее, другое; наконец, ссылаются на биологические условия, на возможность возбуждать электрический орган Malapterus electricus 372) механическим или электрическим раздражением его концевой ветви.
Приведенные соображения нельзя признать достаточно убедительными, несмотря на то, что они представляются необходимыми для обоснования теории центробежной проводимости чувствительных проводников; во-первых, проведение возбуждения идет не по нервному волокну, как таковому, а по биологической единице, неврону; во-вторых, возбуждение должно передаваться по системе невронов, переходя с одного неврона на другой, при чем эта передача в обратном направлении не допускается современным знанием и противоречит теории динамической поляризации; передающие и воспринимающие окончания невронов приспособлены для восприятия и передачи раздражения в определенном направлении, во всяком случае, возможность передачи раздражения в обоих направлениях не представляется доказанной; относительно возбудимости электрического органа Malapterus с периферического конца Jendrassik 373) справедливо замечает, что в этом случае мы встречаемся не с обратной проводимостью, а с механической или электрической возбудимостью неврона; отсутствие чувствительных окончаний периферических нервов не препятствует развитию галлюцинаций (случаи периферической слепоты, глухоты, псейдомелии); при участии периферического аппарата в галлюцинаторном процессе галлюцинаторные образы должны были бы перемещаться вместе с движением глаз, поворотами головы; между тем, от них можно отвернуться, поворот головы не изменяет направления источника звука; наконец, прежде чем выдвигать гипотезу обратной проводимости нервного возбуждения, следует выяснить, действительно ли она безусловно необходима для уяснения механизма галлюцинаторного процесса, или он может быть понятным и без этого.
С того времени, как установлена наличность чувственных центров мозговой коры, нет основания локализировать галлюцинаторные процессы в подкорковых узлах, раздражение которых, повидимому, может дать само по себе лишь такие же элементарные явления, как и раздражение периферических воспринимающих аппаратов. Meynert предложил свою теорию, основываясь на анатомических и физиологических предположениях своего времени; дальнейшие исследователи уже оставляют в большинстве случаев локализацию Meynert'a, связывая возникновение галлюцинаций с мозговой корой (Krafft-Ebing, Tamburini, Tanzi, Корсаков, Wernicke, Goldstein, Руднев и др.). К чувственным центрам коры

головного мозга, содержащим группы воспринимающих периферические раздражения клеток, несется в течение жизни человека громадное количество центростремительных раздражений, в связи с которыми в психических областях коры возникает соответствующее количество впечатлений, представлений, понятий, развивается наш психологический запас. Чувственные центры с течением времени так совершенно приспособляются к своей функции, что приобретают возможность самостоятельной, аутохтонной деятельности; раздражение, возбуждающее чувственные области мозговой коры, оценивается нами так, как если бы мы подвергались действительному раздражению извне*); возникающие при этом впечатления должны носить такой же характер об'ективности, как если бы они развивались под влиянием периферических раздражений. Клинические наблюдения374), отмечающие развитие галлюцинаций при корковых поражениях различного качества и локализации, говорят в пользу приведенного положения. Исходя из указанных соображений, принимаемых новейшими исследователями, изучавшими галлюцинаторные явления (Goldstein, Jendrassik, Storring и др.), мы уясняем себе чувственный характер галлюцинаций, не прибегая к необоснованной гипотезе возбуждения периферических аппаратов чувствительных нервов посредством центробежного проведения возбуждения. Наши представления и понятия создаются в связи с возбуждением чувственных центров; надо допустить, что и при возникновении галлюцинаций патологическое состояние чувственных центров связывается с возникающими представлениями, физиологический субстрат которых также находящится в состоянии особой восприимчивости; вследствие этого те или иные представления приобретают чувственную окраску, и возникает галлюцинация; нередко содержание галлюцинации носит случайный характер, иногда оно черпается из области несознаваемой душевной деятельности, иногда же в содержание галлюцинаторных явлений входят преобладающие представления и идеи; это нетрудно об'яснить, допустив, что патологическое состояние чувственных областей, стимулируя психические центры, сообщает господствующим в них представлениям чувственную окраску. Если возбуждение чувственных областей представляется слабым, если оно недостаточно, чтобы сообщить психическим образам характер об'ективности, то возникают галлюциноиды. Предлагаемая теория весьма близка к теории, выдвигаемой Storring'ом**). Большое значение в отношении содержания галлюцинаций принадлежит, конечно, ассоциативному процессу. Кортикальная теория в приведенном смысле уясняет также и случаи появления рефлекторных галлюцинаций, которые могут возникать в зависимости от раздражения не только периферических аппаратов, но и других областей чувствительного пути при условии, что чувственные области мозговой коры находятся в таком состоянии, которое может сопровождаться развитием галлюцинаций. Приведенная нами теория есть теория кортикальная; для более

*) Goldstein, 1. с. 346), S. 650. Jendrassik, 1. с. 373), S. 1097.

**) Storring, 1. с. 109), стр. 46-54.

точного определения она может быть названа сенсорно-психической; она проще и понятнее об'ясняет явления галлюцинаторного процесса, чем при локализации его в психических областях 353) 372) 375).

В нашем изложении несколько раз упоминалось о возбуждении корковых центров, являющемся условием возникновения галлюцинаторного процесса; это слово "возбуждение" Goldstein заменяет термином "гиперестезия", можно еще воспользоваться термином hyperactivitas; существо дела сводится к наличности патологического процесса (интоксикация, аутоинтоксикация, гиперемия, давление, воспаление), повышающего возбудимость соответствующих областей. Принимая во внимание условия возникновения галлюцинаций и недоказанность антагонизма психических и чувственных корковых центров (Jendrassik, Руднев), вряд ли правильно отрицать это состояние повышенной возбудимости.

XXI.

Идеи, привлекающие внимание преимущественно перед другими. Понятие о навязчивых идеях и влечениях; появление их у здоровых людей. История возникновения учения о навязчивых состояниях. Терминология. Определение Westphal'a. Навязчивые сомнения. Бесплодное мудрствование. Различные случаи навязчивых представлений. Примеры. Фобии. Пример. Различные фобии и некоторые своеобразные их разновидности. Навязчивые явления - психологически смешанные состояния. Понятие о насильственных и непреодолимых влечениях. Характерные свойства навязчивых явлений и возможность перехода их в бредовые идеи. Определение навязчивых явлений. Происхождение навязчивых явлений, мнение Janet, теория Freud'a о происхождении навязчивых явлений. При каких заболеваниях наблюдаются навязчивые явления. Дифференциальное распознавание навязчивых явлений от сходных с ними.

При обычных условиях нашего мышления оно направляется к определенной цели, которая является представлением или идеей, руководящей направлением мышления; в связи с целевым представлением и другими условиями мышления, развивается ассоциативный процесс, при котором одни ассоциации сменяются другими, привлекая наше внимание в большей или меньшей степени, задерживаясь в нашем сознании различное время; при этом у мыслящего лица развивается и сохраняется впечатление произвольного характера мышления, и если возникают посторонние представления, препятствующие плавному и спокойному течению мыслительного процесса, отвлекающие внимание, то такие представления, как не имеющие тесной ассоциативной связи с направлением и содержанием сознания в данное время, легко вытесняются другими, подавляются, погружаются в область несознаваемой душевной деятельности. Когда

таким путем мышление приходит к целевому представлению, то устанавливается новое целевое представление, связанное с предшествующим отношением к одному общему вопросу, или возникает новое направление мышления, даже не имеющее связи с прежним, - старый вопрос решен, соответствующие представления и идеи оставлены в стороне, вытеснены из содержания сознания новыми. Чем больший интерес обнаруживается к обдумываемому вопросу, чем большей эмоциональной реакцией он окрашен, тем больше он связывает внимание и тем прочнее утверждается в сознании; так, особенно прочно удерживаются в сознании представления и идеи, связанные с разрешением научных задач или изобретений, которым посвящена деятельность мыслителя, с которыми связана его жизнь; такие представления снова и снова овладевают вниманием, иногда неожиданно появляясь в сознании в то время, когда оно бывает заполнено представлениями иного содержания, и снова направляют мышление на прежний, привычный путь; чрезвычайной силой в этом отношении обладают представления, связанные с выраженной аффективной реакцией положительного и, особенно, отрицательного свойства; человек, получивший обрадовавшее его известие, все время возвращается к мыслям, имеющим отношение к этому известию; испытавший горе, все время думает о событиях, послуживших источником этого горя; тяжелые заботы гнетут человека, - соответствующие мысли настойчиво его преследуют, они настойчиво заполняют его сознание, нередко всецело овладевая его вниманием, он не в состоянии от них освободиться, он подчинен им на некоторое время. Эти явления, заключающиеся в стойком задерживании в сознании при определенных условиях некоторых идей, часто вопреки желанию, известны и знакомы каждому, они свойственны здоровым людям, и представляются вполне естественными. Но наблюдаются случаи, когда в сознании человека совершенно неожиданно появляются представления или мысли, облеченные в форму отдельных слов или фраз, иногда бессмысленного содержания, совершенно не занимающие его в данное время, не имеющие никакого отношения к содержанию его мышления в это время, вне связи с его мышлением, между тем, они как бы насильственно врываются в его сознание, задерживаясь в нем неопределенное время; несмотря на все усилия, он не может от них освободиться, так как они не вступают в ассоциативную связь с элементами его мышления; они препятствуют течению его мышления, и если ему удается от них освободиться, то через короткое время они навязчивым образом вновь вторгаются в содержание его сознания и овладевают его вниманием; человек борется с этими не прошенными мыслями, при чем борьба не всегда оказывается легкой; обыкновенно через некоторое время такие навязчивые представления и мысли исчезают сами собой; так бывает у психически здоровых людей, находящихся в состоянии сильного утомления, вызванного бессонными ночами, чрезмерными занятиями или другими причинами; в жизни здорового человека такое явление может наблюдаться лишь как редкий эпизод, не имеющий существенного значения и даже не привлекающий к себе серьезного внимания.

Иногда навязчивые представления не остаются только таковыми, а соединяются с навязчивым влечением совершить определенный поступок, часто нецелесообразный и совершенно несоответствующий окружающей обстановке, напр., уронить из ложи бинокль или афишу в зрительный зал театра, крикнуть в многолюдном собрании, уколоть себя или другого находящимся в руках острым кинжалом. В громадном большинстве случаев такие внезапно и неожиданно возникающие влечения не выходят из пределов влечений - они не переходят в действие, не осуществляются; подобно навязчивым представлениям, навязчивые или насильственные влечения могут нередко наблюдаться у людей душевно-здоровых, встречаясь у них в качестве преходящего эпизода.

Однако, явление навязчивых представлений и влечений далеко не всегда выражается в такой легкой форме, напротив, часто они принимают вид более или менее резко выраженного патологического состояния, почти всецело заполняя содержание сознания больного, овладевая его вниманием и даже направляя его поступки.

Болезненные состояния, выражающиеся, главнейшим образом, в развитии навязчивых представлений и влечений, отмечены давно; они были известны уже Pinel'ю[60]) и Esquirol'ю[61]) [344]) и описывались этими авторами под названием manie sans delire (Pinel), monomanie (Esquirol), folie lucide (Trelat) и под другими наименованиями; попытка очертить точнее рассматриваемые явления была сделана Morel'ем[382]) в 1866 году; он описал навязчивые состояния под названием delire emotif, относя их к неврозам. Вообще, в шестидесятых и семидесятых годах внимание психиатров сильнее привлекалось изучением навязчивых состояний, особенно со времени описания Farlet[383]) (pere) и Legrand du Saulle[384]) болезненного состояния в виде навязчивых сомнений с боязнью прикосновения к разным предметам (la folie du doute avec delire du toucher); при этом Farlet подобно Esquirol'ю и другим авторам смотрел на это заболевание, как на разновидность мономаний, однопредметного или частичного помешательства (alienation partielle); впоследствии правильность выделения форм частичного помешательства была отвергнута, и они получили, иное освещение, значение и смысл которого будут рассмотрены позднее.

Постепенно начали появляться описания многочисленных частных разновидностей навязчивых состояний, характеризовавшиеся различными терминами: idees fixes (неподвижные, закрепившиеся идеи), obsessions (одержимость), impulsions conscienties (сознаваемые влечения), idees imperatives (повелительные идеи) и др. В 1867 году Krafft-Ebing[385-386])[*]) предложил для обозначения навязчивых явлений в форме представлений, идей, влечений и поступков термин, Zwangsvorstellungen, а позднее - Zwangishandlungen - насильственные представления, идеи, поступки; термин навязчивых представлений или идей был предложен

---

[*]) Krafft-Ebing, 1. c. [4]), стр. 81-88.

Балинским[**]) и сразу укрепился в русской психиатрической литературе, удержавшись в ней до настоящего времени, подобно тому, как во французской литературе удержался, преимущественно, термин obsession, а в германской Zwangsvorstellunigen.

Основываясь на литературе вопроса и на собственных исследованиях, Westphal[387]) первый дал точное определение понятия о навязчивых представлениях; по его мнению, "под именем навязчивых следует подразумевать такие представления, которые появляются в содержании сознания страдающего ими человека против и вопреки его желанию, при незатронутом в других отношениях интеллекте и не будучи обусловленными особым эмоциональным или аффективным состоянием; их не удается устранить, они препятствуют нормальному течению представлений и нарушают его, больной; с постоянством признает их за нездоровые, чуждые ему мысли, и сопротивляется им в своем здоровом сознании; содержание этих представлений, может быть очень сложным, часто, даже большей частью, оно бессмысленно, не находится ни в каком очевидном соотношении с прежними содержаниями сознания, но даже самому больному оно кажется непонятным, как бы прилетевшим к нему из воздуха". Определение Westphal'я приведено в дословном переводе, так как оно представляется первой попыткой точного определения рассматриваемого явления, и несмотря на то, что в настоящее время его правильность в заметной степени пострадала, тем не менее оно имело весьма существенное значение в развитии учения о навязчивых состояниях, не утратившееся и до сих пор.

Прежде чем отнестись критически к определению Westphal'я и выяснить, как оно должно быть изменено сообразно современным воззрениям, обратимся к тому клиническому материалу, который послужил для обоснования учения о навязчивых состояниях; основным материалом в этом отношении явились описания Falret, Legrand du Saulle и Griesinger'a[388]).

Из описания состояний навязчивого сомнения, выражающегося в том, что больного преследуют мысли о правильности его поступков, напр., мысли о том, запер ли он дверь, выходя из своей квартиры, запер ли он свой письменный стол, не перепутал ли он писем, вкладывая их в конверты с надписанными адресами и т. д., видно, что подобные состояния постоянных сомнений связаны с мучительными переживаниями и волнениями, с состоянием страха, обусловленного известными положениями и обстоятельствами, с рядом поступков, вызванных навязчивыми мыслями, и иногда с развитием сильных, с трудом преодолимых и даже непреодолимых влечений. Таким образом, они не должны рассматриваться, как явления, происходящие исключительно в области интеллектуальных процессов, потому что их развитие и течение с очевидностью соединены и с поражением эмоциональных и волевых процессов душевной жизни.

Болезненное состояние, описанное Griesinger'ом, находится в весьма близком соотношении к навязчивому сомнению[391]) и отмечено автором под названием Grubelsucht, т. е., стремление к мудрствованию или бесплодное мудрствование; выражение grubeln (мудрствовать) было применено для характеристики своего состояния одним из больных Griesinger'a; Janet пользуется термином умственной жвачки; термин душевной жвачки принадлежит Legrand du Saulle; явление заключается в возникновении в сознании больного одного за другим ряда вопросов нередко случайного происхождения, не имеющих практического и целесообразного значения и часто неразрешимых; вопросы возникают навязчивым образом, и больной, несмотря на все усилия, не в состоянии от них освободиться; по выражению Meschede [389]), вопросы проникают в сознание подобно ввинчиванию бесконечного винта.

Напр.: почему земля вертится в определенном направлении, а не в противоположном? Что было бы, если бы она вертелась в обратном? Так же жили бы на ней люди? Не были бы они другими? Как бы они выглядели? и т. д. Или: почему этот дом четырехэтажный? Если бы он имел три этажа, жили бы в нем те же самые жильцы или другие? Принадлежал ли бы он тому же самому хозяину? Был ли бы он того же самого цвета? Стоял ли бы он на той же самой улице? и т. д. Одна молодая дама в наблюдении Legrand du Saulle спрашивала себя, проходя по улице: не упадет ли кто-нибудь из окна к моим ногам? будет ли это мужчина или женщина? Не убьется ли этот человек? Расшибет он голову или ноги? Будет ли кровь на тротуаре?......Не обвинят ли меня в этом и не оставят ли меня мои ученицы? и т. д.

Развитие и течение подобных состояний иногда сопровождается сильным волнением больных, особенно при безуспешных стараниях избавиться от навязчивых вопросов; иногда эти непрерывные вопросы, которых они не в силах остановить, доводят их до изнеможения, они краснеют, обливаются потом. Нередко такие состояния повторяются приступами, пароксизмами; по миновании приступа больной на некоторое время освобождается от навязчивых мыслей.

Иными овладевает навязчивое стремление к точности, они вспоминают имена своих знакомых, государственных людей, артистов, лошадей, взявших призы на скачках, - ономатомания (Charcot et Magnan), считают окна домов, ступеньки лестниц, перекладины перил, складывают цифры номеров трамвайных билетов, считают книги на столе, число пуговиц на платье - аритмомания. Иногда в сознание больных врываются назойливые ассоциации по контрасту (см. гл. XVIII), что бывает особенно тяжело, когда это приводит к хульным мыслям, к оскорблению священных предметов не только мысленному, но и бранными словами, сильными ругательствами - копролалия. Навязчивые представления могут быть неожиданного и крайне неприятного содержания: напр., одного больного преследовало и доводило до отчаяния навязчивое представление человеческого испражнения; другого, наряду с довольно невинными представлениями, - что

[**]) Krafft-Ebing, 1. с. [4]). Русский перев. примечание Черемшанского на стр. 82.

ему мешает лежащая на столе ниточка, что засорился у него зуб, что если он встанет, то непременно заденет головою висящую на стене картину, сильно и мучительно преследовала мысль о том, что в его мозг врезались осколки разбитой бутылки, которую он видел на улице.

Для иллюстрации переживаний человека, страдающего навязчивыми идеями, и отношения его к ним приведу описание, представленное мне больным, которого мучила мысль о неправильном развитии его тела (dysmorphophobia); в этом описании заслуживает внимание и вызывающий момент, с которым связывается начало болезни.

Еще мальчиком во время борьбы я повредил себе в паху или, как говорят, надорвался. Внешние признаки болезни у меня совершенно прошли, но мысль о повреждении осталась. Когда я стал приходить в зрелый возраст, и пробудились во мне инстинкты, я стал думать, что левый пах у меня не отправляет своих функций в половом отношении, а от этого у меня может развиваться только одна правая половина организма. Сама по себе эта мысль меня не пугала, но пугало то, что у меня нарушится симметрия лица и всякий будет замечать это. Когда такая мысль засела в голове, я действительно стал чувствовать боль в правой половине лица, а потом и всей головы. Пришлось обратиться к докторам. Там меня убедили, что паховое повреждение никоим образом не может отразиться на голове; значит, это от мнительности. На время я успокоился и стал надеяться, что все пройдет, раз я не буду думать уже о болезни. Но следы болезни уже остались на моем лице. Не думать я не мог, так как замечал это, а болезнь от думы. Я стал бояться и избегать мысли о ней, но чем сильнее я отгонял ее, тем более приходилось думать о ней. Я попал в заколдованный круг; одно и то же является причиной, и следствием другого; боюсь мнительности, а мнительность сильнее от боязни. Итог - увеличивающееся повреждение лица*).

Я вижу, что неправильность лица замечают некоторые как бы с удивлением, некоторые - с невинной улыбкой; если кто и не различает, то я думаю, что вот сейчас заметит, и боюсь прямо смотреть на него. Почти ни одной минуты без гнетущей мысли и тяжелого чувства. Замечаю, что ко всему охладеваю, как яд, мысль отравляет каждое дело, все делаю механически, ко всему апатия. Люблю быть в обществе, а общество заставляет меня мучиться. Одно бы гнетущее чувство ничего, но вместе с ним появляется в правой половине лица и головы боль, а мысль перестает работать; соображение притупляется, особенно его быстрота, память, особенно механическая, сильно ослабевает. Что раньше давалось легко, теперь приобретаю с трудом и то не так надолго. Иногда с трудом вспоминаю самую простую вещь. Я боюсь опуститься совсем и превратиться в глупца.

И все от мучительной мысли, что следы болезни существуют, заметны, и от этой же мысли развиваются.

Думаю, чтобы выйти из этого круга и освободиться от его последствий, мне нужно уничтожить больную мысль, а ее возможно уничтожить лишь в том случае, когда у меня явится чувство безразличия к виду моего лица и к замечаниям и усмешкам посторонних.

Нужно сделать, чтобы это меня нисколько не трогало, как бы меня не касалось и пропускалось мной без внимания. Нужно уничтожить чувство досады, но не нужно, чтобы индифферентизм обратился в неряшливость во всем.

Уверениями же в самообмане ничего, думаю, достигнуть нельзя, так как на каждом шагу встречаю подтверждения своей болезни; для этого нужно быть бессознательным.

Из этого описания ясно видно, что временами больной совершенно критически относится к своим навязчивым мыслям, а временами эта критика страдает, мысли всецело овладевают больным; также сам больной отмечает, что ему не удается прогнать навязчивые мысли, что чем сильнее он борется с ними, тем больше они им овладевают.

Насколько сильно навязчивые мысли могут овладевать сознанием больных и даже управлять их поступками, видно из рассказа одного 17-ти летнего юноши, страдавшего многочисленными навязчивыми мыслями.

Однажды он сел в трамвай на одной из людных улиц Петрограда; когда он проехал уже довольно большое расстояние, ему пришла в голову мысль, что, садясь в вагон, он толкнул под вагон даму, которая вследствие этого погибла; он хорошо помнил, что этого не было, тем не менее навязчивая мысль так овладела им, что он вышел из трамвая, вернулся назад и здесь подробно расспросил стрелочника, не был ли он свидетелем происшествия; отрицательный ответ последнего не успокоил больного, в течение нескольких дней он следил за газетной хроникой несчастных случаев и, только не найдя в газетах ничего похожего, успокоился. С больным бывало не мало аналогичных происшествий.

Навязчивые представления и навязчивые идеи настолько многочисленны и разнообразны, что было бы совершенно невозможным перечислить их во всех их разновидностях; кроме того, попытки таких перечислений, а также подробных классификаций, в значительной степени бесполезны. Из всего сказанного достаточно выясняются характерные черты и свойства навязчивых представлений и идей в тесном смысле слова, поэтому обратим теперь внимание на мало затронутую нами сторону явления: если отдельные навязчивые представления нередко возникают без существенной аффективной реакции, то в значительном большинстве случаев эмоциональная реакция, их сопровождающая, бывает выражена чрезвычайно отчетливо; это сочетание поражения интеллектуального процесса с чувственным было отмечено еще старыми наблюдателями, и Falret и Legrand du Saulle, описавшие состояние навязчивого сомнения, подчеркнули сочетание этого состояния с боязнью прикосновения к внешним предметам. Такие состояния боязни, или страха, развивающиеся вместе с навязчивыми представлениями и идеями, то неожиданно, то неизменно при определенной обстановке или даже при одной мысли об этой обстановке, носят название фобий. Фобии бывают выражены с различной силой, то сообщая навязчивым состояниям незначительную эмоциональную окраску, то достигают настолько резкой степени развития, что аффект страха выступает на

---

*) Подчеркивания сделаны самим больным.

первое место, поглощая связанное с ним навязчивое представление. Приведем пример, из которого видно сочетание навязчивых идей с состояниями боязни и страха, свойственное также и бесплодному мудрствованию Griesinger'a [390]).

Больная 28 лет, замужняя женщина, имеющая ребенка; обременена психопатической наследственностью; в возрасте 13-ти и 25-ти лет страдала навязчивыми сомнениями; второй раз заболела после тяжелой драмы в семье, когда ее брат убил мать; очень религиозная особа; настоящее заболевание началось после исповеди и причащения; больная сильно волновалась; перед причащением видела во сне, что идет по грязной лестнице; после причастия стала вспоминать подробно, как она причащалась; при этом ей пришла в голову мысль, что часть св. даров могла застрять в испорченном зубе, а оттуда во время сморкания, чихания, при обтирании рта салфеткою могла попасть на платье и тем оскверниться; отсюда мысль о возможном кощунстве; особенно плохо, если это случилось при помощи зубочистки: тогда частицы св. даров могли упасть на пол, попасть на разные предметы, неизвестно на какие. Они могут с пола подолом юбки разноситься всюду, тем самым усиливая кощунство. Больная встряхивает свое платье, все свои одежды; она боится прикосновения к различным предметам, так как ей кажется, что вместе с пылью, их покрывающей, к ней прилипнут частицы св. даров; она постоянно моет руки, кожа которых огрубела и начинает трескаться; она стоит в комнате с приподнятыми руками и засученными рукавами, прикасается к предметам, лишь обтерев руки чистым полотенцем; она ни с кем не здоровается, с трудом ест; случайно прикоснувшись к чему-нибудь, обтирается одеколоном. Больная критически относится к своему состоянию, считает его болезненным; больные мысли вторгаются в ее сознание помимо ее воли, она не может никак от них отделаться, временами она доходит до отчаяния и даже думает о самоубийстве; борьба с навязчивыми мыслями в высшей степени мучительна: больная сильно горюет и много плачет; она не в состоянии видеть семью, мужа и других близких людей. Больная была помещена в лечебницу и через несколько месяцев поправилась; уже в периоде выздоровления наступила легкая вспышка прежних мыслей после того, как одна из больных лечебницы ей сообщила, что она только что причастилась; через несколько месяцев после выздоровления однажды ей попались на глаза ноты, на которых были красные пятна; ей тотчас же пришла в голову мысль, что это вырвало ребенка после причастия, но дальнейшего развития эта мысль не получила.

Фобии бывают очень разнообразными по своему содержанию и проявлению; разновидностей их так много, что их невозможно перечислить все, да и необходимости в этом не ощущается. Однако, много фобий обозначаются специальными названиями [392-394]), и с этими терминами следует познакомиться.

Одна из самых старых фобий, описанных в литературе еще в тридцатых годах XVIII ст. (Leuret), есть боязнь пространства, известная под общим названием agoraphobia; сюда относится боязнь площадей, улиц, зал, вообще более или менее значительных пространств, которые больному приходится переходить; при одной мысли, что ему нужно перейти площадь, им овладевает страх, что это ему не удастся, что он упадет, что он умрет, что его переедет экипаж, трамвай; нередко больной безуспешно борется с этим состоянием, хотя и понимает несостоятельность своего страха, тем более, что за руку с ребенком, являющимся скорее психическою, нежели физическою опорою, или даже вслед за кем-нибудь ему удается хорошо перейти площадь [395-399]). Один из других видов боязни пространства есть боязнь высоты, hypsophobia; сюда относится то иногда непреодолимое состояние, которое овладевает человеком, очутившимся на значительной высоте, напр., на берегу крутого обрыва, на высокой колокольне или даже перед пролетом лестницы; человек сознает, что под ним имеется твердая опора, но вместе с тем им овладевает страх перед возможностью падения, и даже развивается головокружение; нередко он не в состоянии сделать ни шага, чтобы освободиться от этого положения. Своеобразная разновидность боязни пространства встречается у обитателей Гренландии и выражается в виде страха, связанного с головокружением и иногда рвотой, когда гренландец попадает один в своем каяке в океан, особенно при спокойной водной поверхности, освещенной солнцем (Meldorf, Pontopidan, Bertelsen) [772]).

Боязнь замкнутых пространств известна под названием claustrophobia; больным овладевает страх, связанный с мыслью, что он может провалиться, что на него могут обрушиться потолок и стены помещения; иногда страх развивается при езде в вагоне поезда, страх крушения и мысль, что не удастся выскочить из вагона; больной старается занять место ближе к выходу, известны случаи, что люди, испытавшие такое состояние, должны были выходить из вагона на каждой станции и ожидать следующего поезда; конечно, в таких случаях дело идет не только о боязни замкнутого пространства, но и о страхе, развивающемся при мысли о быстром движении поезда и возможном крушении или только о последнем без боязни замкнутого пространства, как такового; в некоторых случаях страх развивается в связи с нарастанием скорости поезда[400]) (siderodromophobia). Страх, связанный с навязчивыми мыслями о возможности заболеть, заразиться - nosophobia; с развитием учения о бактериях, как заразном начале, - страх перед проникновением бактерий в рот, нос, страх заражения через воздух, через прикосновение, ради предупреждения чего одержимые припадками такого страха нередко предпринимают ряд мероприятий, избавляющих их, по их мнению, от заражения - моют руки, не здороваются за руку, избегают посещений и т. д. - bacteriophobia. Одна из разновидностей нозофобии - syphilophobia, боязнь заражения сифилисом, развившаяся особенно с установлением возможности заражения внеполовым путем; не имея точного представления о признаках болезни и о способах заражения, больные обнаруживают свой страх при совершенно неподходящих условиях, напр., один больной настолько боялся людей с вдавленным переносьем или с acne лица, что, завидев такого человека, быстро перебегал на противоположную сторону улицы или, встретив такого человека в вагоне трамвая, тотчас же выскакивал из вагона, рискуя разбиться. Нередко приходится встречать больных, жалующихся на боязнь заболеть душевным расстройством. Monophobia - боязнь одиночества, беспомощности одинокого; anthropophobia - боязнь людей, толпы, боязнь задохнуться в толпе,

невозможности выбраться из толпы, в случае несчастья. Боязнь прикосновения, загрязнения, опоганения - mysophobia или rypophobia. Oxyphobia или aichmophobia - боязнь острых предметов - ножей, иголок, булавок; страх может связываться с мыслью о причинении вреда себе или другому, напр., у цырульника может развиться страх перерезать или зарезать бритвой своего клиента, - страх профессионального характера. Бывают случаи такого обширного и разнообразного возникновения фобий у больных, что они развиваются почти при каждом представлении, при всевозможных условиях - pantophobia. Тяжелые переживания, испытываемые больными в связи с фобиями, иногда вызывают у них навязчивое опасение или страх перед возможностью развития самого страха - phobophobia.

Страх смерти, особенно внезапной, при разного рода неожиданных обстоятельствах - thanatophobia; taphephobia - боязнь быть погребенным заживо.

Своеобразные формы фобий иногда проявляются в связи с выполнением самых обычных функций и двигательных актов, напр., в виде невозможности стоять и ходить, при сохранении координации движений в лежачем положении - astasia - abasia; в виде неподвижного пребывания в постели или стояния, вследствие страха, развивающегося при попытках к передвижению - atremia, staso-basophobia; в виде невозможности сидеть, вследствие наступающего при этом страха, - больной беспокоится в сидячем положении, вскакивает, опирается о сидение стула руками, обливается потом, испытывает сердцебиение - akathisia. Иногда приходится встречаться со страхом, овладевающим больным при попытках принимать пищу - sitophobia, что крайне затрудняет питание больных.

Остановимся еще на нескольких своеобразных и редких видах болезненного страха, отмеченных в специальной литературе в сравнительно недавнее время. Сюда относится ereuthophobia или боязнь покраснеть, неправильно называемая erythrophobia, что обозначает боязнь красного. Хотя об этом навязчивом страхе поминалось еще в 1846 году Casper'ом и в 1874 году Duboux[*]), но более обстоятельные описания были сделаны значительно позднее Pitres et Regis[401]) и Бехтеревым[402-403]). Болезненное состояние заключается в развитии боязни, страха перед возможностью покраснеть в обществе, обратить этим на себя внимание и тем самым вызвать у присутствующих нежелательные мысли по своему адресу; напр., могут подумать, что он онанист, что он является виновником нехорошего поступка, о котором идет речь; при этом больной действительно краснеет, и иногда краска буквально заливает его лицо. Это состояние мучительного ожидания и страха покраснеть совершенно не вовремя и некстати настолько тягостно для больных, что повергает их в отчаяние и нередко наводит на различные крайние мысли по отношению к своему существованию.

Бехтеревым [405]) была описана "навязчивая улыбка"; больной, отличавшийся в общем большой застенчивостью, страдал навязчивым опасением, что на лице его не вовремя и некстати появится улыбка, от которой он не сможет удержаться; это обстоятельство может вызвать к нему неприязненное отношение со стороны окружающих, у которых создастся о нем неправильное представление. Известно также навязчивое явление, встречающееся не слишком редко и выражающееся в непереносливости или боязни чужого взгляда[405]); у лиц, страдающих этим явлением, развивается волнение, лишь только они замечают обращенный на них взгляд; они не выдерживают чужого взгляда и тотчас отворачиваются; боязнь и волнение могут наступать даже в предположении, что кто-нибудь пристально на них посмотрел; при том у некоторых больных появляется опасение, что пристальный взгляд обнаружит их "плохие" мысли, что их поведение, выражающееся в явном беспокойстве, волнение и отворачивание, может послужить поводом для подозрения их в чем-нибудь нехорошем. Часто боязнь чужого взгляда совпадает с навязчивой улыбкой и еще чаще с боязнью покраснеть. Довольно близко к упомянутым фобиям, как связанным с условием пребывания в обществе, стоит связанная со страхом навязчивая мысль о том, что больной не сможет удержать газов406) и это будет замечено; один больной, страдавший таким состоянием, уже за две недели волновался и мучился предстоявшей необходимостью быть в обществе; это состояние особенно тяжело им переживалось, так как он любил общество. Описанная фобия может быть названа pettophobia.

Тяжелый вид фобии профессионального характера, встречающийся у священников, был описан Бехтеревым[407]) под названием боязни великого выхода; страх связывается с навязчивой мыслью, что при выходе со св. дарами может произойти несчастная случайность - упасть платок, покрывающий чашу или даже самая чаша (так было в одном из наблюдавшихся мною случаев); боязнь и неуверенность в своих действиях настолько сильно овладевает больными, что в некоторых случаях они бывают вынужденными на время отказаться от совершения богослужения; после благополучного выхода с чашей и возвращения в алтарь страх тотчас же исчезает до следующего раза. Незадолго до февральской революции 1917 года мне пришлось наблюдать у одного священника развитие фобии профессионального характера, выражавшейся в страхе при мысли, что во время поминовения высочайших особ он не будет в состоянии удержаться, чтобы не высказать громко ходивших в народе слухов о сношениях бывшей государыни с Германией во время войны; эта тяжелая фобия заставила священника прекратить на время богослужение и решиться на сложение сана. Из приведенных примеров и описаний картина навязчивых состояний, проявляющихся в форме навязчивых идей и фобий, вырисовывается достаточно отчетливо; но уже с самого начала настоящего изложения выяснилось, что навязчивые состояния, выражаясь в навязчивых идеях, захватывают не только интеллектуальные процессы душевной деятельности, но также и ее чувственную и волевую сторону; при

---

[*]) Janet, 1. c. [394]), p. 206.

этом поражение различных сторон душевных процессов может быть выраженным с различной силой; в одних случаях на первый план выступает навязчивое представление, как таковое, в других оно связывается с резко выраженной эмоцией, в третьих наблюдается патологическое состояние волевого процесса; в одних случаях это участие волевого процесса выражается лишь в наклонности к совершению какого-либо действия, никогда не осуществляющегося в действительности, в других - больной переживает более или менее сильное влечение к совершению определенного акта, с этим влечением ему приходится бороться и не всегда успешно; в таких случаях поражение волевого процесса приобретает характер не только навязчивых влечений, но также и влечений непреодолимых, иногда осуществляясь в форме насильственных, вынужденных действий и поступков. Поэтому ради последовательности изложения следовало бы здесь же обратиться к рассмотрению этих состояний, связанных с первенствующим поражением волевой сферы; однако, эти состояния настолько обширны, важны и существенны, что является предпочтительным выделить их в особую главу. Здесь же мы обратимся к рассмотрению характерных свойств навязчивых представлений и страхов, к выяснению условий их происхождения и к дифференциальному распознаванию их от других патологических проявлений душевной жизни.

По мнению Westphal'я, которое в течение долгого времени признавалось правильным и почти не подвергалось критике, характерные свойства навязчивых идей заключаются в том, что они появляются в сознании больного вопреки его желанию, что они не обуславливаются особым эмоциональным, состоянием, что их не удается устранить, вследствие чего они нарушают нормальное течение представлений, что больной признает их за нездоровые, чуждые ему мысли.

Несомненно следует признать, что навязчивые представления и идеи возникают в сознании больного вопреки и против его желания, точнее, независимо от его желания.

Что касается выдвигаемого Westphal'ем второго свойства навязчивых идей, что они не обусловливаются особым эмоциональным состоянием, то справедливость этой характеристики подлежит обсуждению. Правда, Westphal далеко не одинок в отношении своего взгляда, разделяемого многими авторами, к числу которых принадлежат, напр., Griesinger, Meschede, Magnan, Thomsen[408]), Константиневский [410]) и отчасти Krafft-Ebing. Эти авторы, как и многие другие, совершенно или почти совершенно отрицают связь происхождения навязчивых идей и навязчивых состояний с эмоциональными процессами душевной жизни; они держатся взгляда, что если появление навязчивых идей и сопровождается развитием эмоциональных или даже аффективных состояний, то это представляется явлением последующим, вторичным; такой вывод делается на основании суб'ективных впечатлений, наблюдений и отчасти на том основании, что такие выраженные аффективные состояния, как фобии, могут в некоторых случаях развиваться и протекать без навязчивых идей (Thomsen)[*]). Я несколько выделил Krafft-Ebing'a из числа авторов, признающих независимость навязчивых идей от эмоциональной сферы потому, что хотя он сам и заявляет об этом, но в то же время выражает мнение, что навязчивые представления развиваются "на почве ненормального самочувствия вследствие болезненных ощущений, в органах, невралгий, внешних воздействий..."[**]); таким образом, Krafft-Ebing как бы указывает на необходимость для возникновения навязчивых идей известного эмоционального фона, эмоциональной основы.

Мысль, что развитие навязчивых идей и других навязчивых явлений находится в теснейшем соотношении с состоянием эмоциональных процессов была высказана еще Morel'ем[***]), предложившим термин delire emotif; позднее она была поддержана и аргументирована рядом авторов старого и новейшего времени[409]); к числу их принадлежат: Berger, Pitres et Regis, Vallon et Marie[413]), Storring, Friedmann[411]), Stocker и др. В самом деле, анализируя тщательно случаи развития навязчивых состояний в виде идей, фобий, влечений, приходится признать, что они возникают у лиц, обнаруживающих в большей или меньшей степени поражение эмоциональной области, как неврастеники, психастеники, циклотимики; следовательно, для возникновения и развития этих явлений необходима невро-психопатическая основа, связанная с поражением чувственной сферы; не оттеняя ее особенно, с этим фактом считаются и сторонники интеллектуальной теории происхождения навязчивых идей, поэтому его можно считать вполне установленным; эмоциональная окраска навязчивых представлений и нередко наступающее в связи с ними аффективное состояние вообще не отрицается сторонниками интеллектуальной теории, но они рассматривают его, как развивающееся вторично, вслед за навязчивым представлением.

Анализируя тщательно случаи навязчивых представлений, как появляющихся эпизодически у людей здоровых, так и выражающихся в более тяжких и стойких формах при психопатических конституциях и душевных заболеваниях, нельзя не признать их связь с эмоциональной сферой; навязчивая мысль, напр., связанная с желанием крикнуть в публичном собрании, зрительном зале, неизменно сопровождается волнением, да и возникает она при условиях непривычной обстановки, волнующей данное лицо; у привычного посетителя публичных собраний обычно таких мыслей не появляется; в случаях т. наз. фобий, эмоциональный элемент выражается отчетливо. Поэтому нельзя не согласиться с мнением Pitres et Regis, считающих эмоцию постоянным и неизменным элементом навязчивых состояний; "устраните мысленно страх и тревогу из навязчивого состояния, и его не останется; если же устранить идею или влечение,

---

[*]) Thomsen, 1. c. [408]), S. 379.

[**]) Krafft-Ebing, 1. c. [386]), S. 126.

[***]) Morel, 1. c, [382]).

сохранив тревогу и страх, навязчивое состояние все-таки сохранится в своей основе"****). Много людей страдают несколькими, разнообразными, многочисленными, меняющимися идеями и фобиями; изменчивой представляется интеллектуальная сторона рассматриваемого состояния, эмотивная же остается неизменно постоянной; бывают фобии, не связанные с определенным представлением, фобофобии; наконец, если бы эмоция вызывалась навязчивым представлением, то сила ее была бы в прямой зависимости от силы и значения представления; между тем, этого не наблюдается, а отмечается обратное отношение. Таким образом, по мнению Pitres et Regis, навязчивые состояния представляются болезненными явлениями, в своей основе эмоциональными. Некоторую аналогию сказанному можно видеть в депрессивных состояниях, при которых развиваются мрачные мысли, а не наоборот. Мысль о возникновении навязчивых явлений в связи с аффективными состояниями и в зависимости от них подтверждается Storring'ом*****). Наконец, Friedmann[411]) совершенно отчетливо выдвинул эмоциональный фон навязчивых состояний, изученных им на весьма большом клиническом материале. Storring полагает, что причиной появления навязчивых представлений следует считать в некоторых случаях повышение интенсивности физиологических процессов, которые соответствуют двигательным представлениям речи; это повышение может развиваться в связи с наростанием аффективного состояния.

Изложенное представление о возникновении навязчивых состояний находится в соответствии с теорией James-Lange, по которой сосудистые изменения лежат в основе развивающихся аффектов; согласно этой теории следует допустить, что комплексы физических реакций усложняются и развиваются путем жизненного опыта, и ряд впечатлений, сопровождаясь различного рода возникающими ассоциациями, имеет своим последствием разнообразные сосудистые и другие физические реакции; развитие и закрепление вырабатываемых условных рефлексов, конечно, должно иметь в этом процессе весьма существенное значение. Связь навязчивых представлений с эмоциональным состоянием бывает лучше всего заметной при первом их возникновении, особенно, если удается выяснить условия возникновения содержания навязчивого представления; при повторном появлении эта связь может затушеваться, эмоциональная реакция может ослабевать и делаться мало заметной.

Из всего сказанного следует, что та часть характеристики Westphal'я, которая говорит, что навязчивые идеи не обусловливаются, особым эмоциональным состоянием, не представляется достаточно обоснованной; напротив, возникновение навязчивых представлений и навязчивых состояний вообще теснейшим образом связано с поражением эмоциональной стороны душевной жизни, хотя в некоторых случаях это поражение может быть выраженным слабо. Справедливость нашего положения будет установлена еще прочнее, когда мы обратимся ближе к рассмотрению вопроса о происхождении навязчивых состояний.

Против положения Westphal'я, что навязчивые представления не удается устранить и что они нарушают нормальное течение идей, возражать по существу нельзя; можно лишь отметить, что в легко выраженных случаях это иногда удается, но обычно навязчивые идеи исчезают сами, а борьба с ними, усиливая эмоцию, нередко приводит к обратным результатам. Невозможность подавить навязчивые представления об'ясняется тем, что обычно они не вступают в ассоциативную связь с другими содержаниями сознания, вследствие чего и не замещаются другими представлениями. Отчасти это отрицательное отношение навязчивых представлений к развивающемуся в сознании ассоциативному процессу зависит от преобладания яркости, интенсивности, напряженности навязчивых представлений, привлекающих внимание и интерес больного; но исключительно разностью интенсивности представлений рассматриваемое явление не об'ясняется, тем более, что в очень многих случаях такая повышенная яркость навязчивых представлений оказывается крайне сомнительной. Причины явления следует искать глубже, они заключаются именно в тесном соотношении навязчивых идей с поражением эмоциональной сферы, которая и сообщает им известную неприступность, фиксирует их, не позволяя им исчезнуть до тех пор, пока сопровождающий и обусловливающий их аффективный тон не спадет и не исчезнет; тогда и самое представление исчезнет, утрачивая свой навязчивый характер. К этому вопросу еще придется вернуться несколько ниже.

Признает ли больной навязчивые представления за нездоровые, чуждые ему мысли? Достаточно ли правильно выражено это положение? Ответ на этот вопрос распадается на две части: элемент "чуждости" может относиться к самому характеру*) возникновения мысли и к ее содержанию. Навязчивый, насильственный характер мысли, от которой больной не может освободиться, несмотря на все усилия, тормозящий течение ассоциативного процесса, подавляющий мышление, сопровождающийся особым чувством напряжения, ограничивающий реакцию выбора, и сообщает навязчивым явлениям тот суб'ективный оттенок, который выражается словом "чуждый"; что же касается самого содержания навязчивых представлений, то оно бывает различным; в одних случаях оно является самым обыкновенным, не представляющим ничего особенного, в других же оно несвойственно миросозерцанию больного, оказывается для него неожиданным, непонятным, "чуждым" ему; таким образом, элемент чуждости должен относиться к способу возникновения навязчивых представлений, а в некоторых случаях и к их содержанию.

****) Pitres et Regis, 1. c. [401]), p. 7-8.
*****) Storring, 1. c. [109]), стр. 174-187.
*) Thomsen, 1. c. [408]), S. 380.

Сохранение страдающими навязчивыми состояниями понимания болезненного характера этого явления давало основание старым авторам обозначать заболевания, при которых наблюдались навязчивые явления, названием folie lucide или folie conscience - светлое помешательство или помешательство с сохранением сознания. Отношение больных к навязчивым явлениям, как к чуждым и болезненным, есть критическое отношение; наличность критического отношения признается одним из существенных свойств, обнаруживаемых лицами, страдающими навязчивыми состояниями; это свойство признается большинством авторов и по мнению большинства является основным признаком, дающим возможность отличать навязчивые идеи от бредовых, по отношению к которым критика со стороны больных отсутствует. Однако, некоторые авторы [414]) в то же время обращают внимание, что критическое отношение к навязчивым идеям не есть свойство, присущее всегда всем больным; бывают случаи, когда навязчивые идеи настолько властно овладевают сознанием больного, что его критическое отношение к ним страдает и даже утрачивается, вследствие чего навязчивая идея приобретает в глазах больного черты реальности и таким образом перестает отличаться от бредовой; по мнению Friedmann'a[*]), особенно оттеняющего это свойство навязчивых идей, они отличаются от бредовых не столько по признаку критического отношения к ним со стороны больных, сколько по другому признаку, им присущему: навязчивые идеи и вообще навязчивые состояния возникают и текут припадочно, приступами, появляются и через некоторое время ослабевают и исчезают, часто затем возникая снова; вот этот припадочный характер появления и составляет одно из типичнейших свойств, дающих возможность отличать навязчивые идеи от бредовых.

С этим мнением можно согласиться лишь до известной степени, так как отсутствие критического отношения к навязчивым идеям встречается не очень часто, представляя частный случай в общем порядке явлений; вообще же критическое отношение больного к навязчивой идее следует принять в качестве характерного, ограничив его известной оговоркой. Таким образом, навязчивая идея отличается от бредовой двумя признаками: во-первых, тем, что в громадном большинстве случаев больной сохраняет к ней критическое отношение, а, во-вторых, тем, что появление и исчезновение навязчивой идеи носит припадочный характер; ни то, ни другое свойство не представляется присущим бредовым идеям.

В связи с только что рассмотренным возникает вполне естественно вопрос о возможности перехода навязчивых идей в бредовые, иными словами, могут ли навязчивые идеи являться источником бредовых? Westphal, давший первое точное определение понятия навязчивого представления, категорически отрицает таковую возможность; много лет мнение Westphal'я было господствующим, и его держалось большинство психиатров. Однако, от времени до времени высказывалось мнение, что проводить слишком резкую разграничивающую линию между навязчивыми и бредовыми идеями неправильно, так как несомненно бывают случаи образования бредовых идей из навязчивых. Клинические наблюдения вызывали авторов на соответствующие уступки, и еще Falret, отстаивавший необходимость строгого отграничения навязчивых идей от бредовых, вынужден был признать возможность перехода первых в последние в редких случаях далеко зашедших заболеваний[**]). SchuIe[***]) уже определеннее указывает, что навязчивые идеи не находятся в слишком резком противоположении с бредовыми, так как отношение к ним сознания может изменяться, критика исчезает, и навязчивое представление или идея переходит в бредовое. Как уже было упомянуто выше, Friedmann ставит переход навязчивой идеи в бредовую настолько вне сомнения и настолько сближает оба явления, что не считает правильным различение навязчивой идеи от бредовой по признаку критического отношения к первой; Pitres et Regis[****]) также держатся положительного разрешения вопроса, основываясь на ряде наблюдавшихся ими случаев. Storring[*****]) отводит навязчивым идеям место на границе бредовых и считает установленной возможность перехода их в бредовые, в случае усиления их навязчивого характера. Janet[******]) прямо заявляет, что переход навязчивой идеи в бред, более или менее систематический, происходит чаще, чем это обыкновенно думают. Hasche-Klunder [415]), высказываясь вместе с другими авторами за положительное разрешение вопроса, иллюстрирует свое мнение анализом наблюдавшегося им случая. За возможность перехода навязчивых идей в бредовые говорят и мои личные наблюдения. В результате необходимо признать, что мнение Westphal'я представляется слишком категорическим, что случаи перехода навязчивых идей в бредовые действительно наблюдаются, но встречается такой переход довольно редко.

Приходится сделать вывод, что определение навязчивых представлений, данное Westphal'ем, должно быть изменено и заменено другим; так как навязчивые представления и идеи, страхи (фобии) и влечения представляются явлениями общего порядка, то правильнее включить все навязчивые явления в одно общее определение. На основании всего сказанного это определение представится в следующем виде: под навязчивыми и насильственными явлениями подразумеваются такие представления и идеи, страхи или фобии и влечения, которые возникают в сознании страдающего ими человека независимо и против его желания, неожиданно и часто внезапно, припадочным образом, не находясь в видимой связи с содержанием

---

[*]) Friedmann, 1. с. [414]), S. 105-111.
[**]) Arnaud, 1. с. [409]), р. 690.
[***]) Schule, 1. с. [291]), S. 433.
[****]) Pitres et Regis, 1. с. [401]), р. 54-56.
[*****]) Storring, 1. с. [109]), стр. 75.
[******]) Janet, 1. с. [393]), стр. 28, 38.

его мышления, и от которых он часто не в состоянии освободиться, несмотря на все усилия; возникая в теснейшей связи с эмоциональной сферой больного, они не вступают в ассоциативную связь с другими элементами мышления, препятствуют правильному течению мышления и тормозят его; навязчивость явления, его болезненный характер, обыкновенно сознается больным, обнаруживающим критическое отношение к явлению, и определяется, как чуждый, несвойственный его мышлению; но бывают случаи, особенно, связанные с резко выраженным эмоциональным элементом, когда навязчивое явление настолько сильно овладевает больным, что его критическое отношение к нему на более или менее продолжительное время не только страдает, но даже утрачивается; навязчивые явления могут служить источником бредовых идей, переходя в последние.

Связь навязчивых представлений с эмоциональной сферой представляется установленной, вместе с тем, они не находятся в соотношении с содержанием мышления больного в данное время. Каково же их происхождение? Установлением связи с чувственными процессами душевной жизни оно еще не об'ясняется; не об'ясняется оно и установлением взгляда на первичный или вторичный характер происхождения навязчивых представлений и установлением соотношения явления с теорией James-Lange. Психологическое существо явления сказанным выяснено недостаточно.

Навязчивые представления и идеи имеют своим источником несознаваемую сферу душевной деятельности, из которой они, вследствие различных условий, вплывают насильственно и мощно в сознаваемую область, занимая в ней господствующее положение. По мнению Janet[416]), это психологическое явление развивается автоматически, вне воли и личного участия больного, иногда случайным образом; оно развивается в несознаваемой сфере душевной жизни и проникает в содержание сознания как бы в результате борьбы автоматизма с волей больного; так как эти представления являются новыми, посторонними содержанию сознаваемой сферы, то при их навязчивом характере и получается впечатление чего-то чужого. Нередко это бывают представления, возникновение которых связано с более или менее сильными впечатлениями и чувственными переживаниями, однако, не нашедшие выхода и разрешения через сознаваемую область и вследствие этого оставшиеся в несознаваемой области, "ущемившиеся" в ней, но тем не менее являющиеся основой, в связи с которой в несознаваемой сфере продолжают развиваться и наростать различные психологические процессы, выявляющие себя нередко самым неожиданным образом. Janet полагает, что его мнение о возникновении навязчивых явлений из области подсознательной, автоматической сферы душевной деятельности подтверждается Breuer'ом и Frud'ом[417]).

Freud, обращая внимание на громадное значение в жизни человека полового влечения, связывает с ним и выводит из него весьма многие явления нормальной и патологической душевной жизни. По наблюдениям Freud'a, ходячее мнение об отсутствии полового влечения в раннем детстве, поддерживаемое научными авторитетами, представляется совершенно ошибочным; половое влечение возникает и развивается уже с первых дней жизни ребенка, и если это отрицалось, то отчасти вследствие недостаточно внимательного отношения к этому периоду жизни ребенка, отчасти вследствие забвения собственных переживаний в детстве, обусловленного амнезией, скрывающей от людей первые годы их жизни. Сосание груди, доставляющее приятные переживания, является первым проявлением полового влечения, что подтверждается сосанием других частей тела, как пальцев, кожи; следующее проявление - приятные ощущения, связанные с поцелуями, поглаживаниями, особенно касающимися половых органов, трение этих органов движением ног, прикосновением пальцев к ним и к anus (мастурбация); дети аутоэротичны; к 3-4 годам жизни проявления полового чувства становятся совершенно отчетливыми. Воспитание, развитие чувства стыда являются тормозами, подавляющими выражение полового чувства. Большой ряд чрезвычайно разнообразных ассоциативных реакций связывается с сексуальными переживаниями, остающимися в несознаваемой сфере душевной деятельности; они оказывают влияние на поступки и действия человека без сознавания им этих мотивов подобно тому, как влияет гипнотическое внушение, забываемое тотчас по выходе из гипнотического состояния; содержание внушения остается в несознаваемой сфере, но развивает свое действие и может быть выявлено в новом гипнозе. Половые переживания, занимающие в дальнейшей жизни ребёнка, девочки, мальчика, юноши господствующее место, продолжают подавляться частью сознательно, но еще больше бессознательно, не будучи оцениваемыми соответствующим образом. Выявление в сознании элементов из области несознаваемой душевной жизни происходит с большим сопротивлением, и лишь с большим трудом они подвергаются процессу вытеснения. Психическая травма может не обнаруживаться внешними реакциями, остается неотреагированной, вызванные ею переживания и ассоциации, частью совершенно случайного характера, погружаются в несознаваемую область и остаются там в ущемленном состоянии; однако, эти аффективные переживания, оставаясь в несознаваемой области душевной жизни, продолжают оказывать на нее свое действие. Погружение психических процессов в несознаваемую сферу есть забвение; процесс воспоминания происходит с большими затруднениями, он заключается в вытеснении необходимых элементов из несознаваемой сферы. Расщепление душевной жизни на сознаваемую и несознаваемую об'ясняется отчасти, как результат борьбы душевных процессов, и вытеснение известных переживаний может послужить причиною развития невроза. Могущественные условия культуры представляют один из крупнейших факторов такой борьбы. Для вытеснения скрытого содержания несознаваемой сферы душевной деятельности служат средствами гипноз и анализ сновидений, отражающих содержание несознаваемых душевных процессов. Zurich'ская школа Bleuler'a и Jung'a предложила обозначить ассоциативные группировки, связанные определенным общим аффектом, термином комплексов. На установление существования скрытых комплексов и уяснение их содержания и должны быть направлены усилия исследователя, располагающего двумя уже упомянутыми методами; но существует еще третий метод, применяемый также с значительным успехом и носящий название ассоциационного эксперимента или сочетательного опыта (Jung); существо опыта заключается в изучении сочетательных реакций исследуемого на ряды письменных словесных раздражителей; указание на существование и характер комплекса дают замедленные реакции, ошибочные реакции, неправильные воспроизведения при повторении опыта, двигательные проявления, кажущиеся противоречия и отсутствие связи между раздражителем и реакцией. По

мнению Jung'a, это влияние комплекса на реакцию соответствует тормозам и сопротивлению, наблюдаемому при попытках посредством психоаналитического метода Freud'a выяснить скрытое содержание несознаваемой душевной жизни.

Если ущемленный аффект удается выяснить и вывести из несознаваемой сферы, дав таким образом больному возможность освободиться от него, отреагировать, то вредное влияние аффективного комплекса исчезает; к выяснению скрытых аффектов, и освобождению от них и направлен психоаналитический метод Freud'a; так как посредством психоанализа больной очищается от вредных аффективных комплексов, то Freud называет свой метод катартическим.

К числу могучих психологических комплексов принадлежит развивающийся в детстве комплекс, вытекающий из сексуальной привязанности детей к родителям в направлении противоположного пола, т. е., у сына по отношению к матери, а у дочери - к отцу; этот комплекс, основываясь на легенде об Эдипе, Freud называет Oedipuskomplex.

Подобно истерическому неврозу, невроз навязчивых представлений проистекает из неудачного вытеснения психосексуальных моментов с тою разницею, что здесь не происходит при прорыве аффекта в сознаваемую сферу превращения, как при истерии, мучительного представления в телесный симптом (конверсия), а получается замещение его (субституция) навязчивыми представлениями; эти представления могут быть нередко абсурдными, будучи случайно связанными с аффектом, и являются таким образом фальшивыми этикетками. Если удается выяснить посредством психоанализа связь навязчивого представления со старым, детским комплексом, то навязчивый характер представления исчезает. Основное этиологическое значение в развитии навязчивых состояний принадлежит периоду детства с его сексуальными комплексами. По мнению Freud'a, навязчивые представления или мысли являются извращенными, вырвавшимися из утеснения мыслями, происходящими всегда из аффективных переживаний, обусловленных детскими половыми порывами [418-420a]). Как на пример, поясняющий сказанное, можно указать на развитие сидеродромофобии и агорафобии, об'ясняемое Freud'ом следующим образом: любовь детей к пассивным движениям, как качание и подбрасывание, доказывает возможность удовольствия от механических сотрясений тела; сотрясение при езде в экипаже или по железной дороге производит такое приятное действие на более взрослых детей, что все дети хотя раз в жизни желали быть кондукторами или кучерами. В возрасте особенно интенсивной деятельности фантазии, незадолго до периода половой зрелости, все, относящееся к железной дороге, становится ядром сексуальной символистики. Принуждение к сочетанию поездки по железной дороге с половыми переживаниями, несомненно, исходит из удовольствия, связанного с двигательными ощущениями; если затем наступает вытеснение, извращающее отношение ко многому, что увлекало в детстве, то те же самые лица в более старшем возрасте реагируют на поездки по железной дороге тошнотой, утомлением, приступами страха - сидеродромофобией. Аналогичное об'яснение дается Freud'ом и агорафобии, в которой сексуальный элемент связывается с удовольствием, получаемым от движения[*]).

Теория Freud'a, раскрывающая громадное влияние несознаваемой душевной жизни на сознаваемую, относится к числу крупных научных завоеваний в области психологии и психопатологии; большая заслуга Freud'a заключается и в выяснении значения могущественного сексуального фактора; нельзя не признать, что многие случаи навязчивых состояний прекрасно об'ясняются с точки зрения этой теории. Однако, видеть в сексуальном чувстве едва ли не единственный двигатель многих явлений душевной жизни неправильно, когда налицо имеются и другие жизненные факторы, как, напр., чувство голода. По отношению к выяснению происхождения навязчивых идей и страхов представляется несомненным, что весьма часто они не имеют никакой связи с сексуальными процессами, а зависят от проникновения в сознаваемую область элементов, обусловленных комплексами совершенно иного порядка, напр., больной, страдавший петтофобией, получил это неприятное состояние в зависимости от кишечного катарра, которым он страдал некоторое время, и т. под. Поэтому, сочувствуя основным идеям Freud'a о способе влияния несознаваемой душевной деятельности на область ясного сознания, я могу согласиться с правильностью его взглядов лишь в отношении к частным случаям возникновения навязчивых состояний, вообще же все навязчивые явления гораздо лучше об'ясняются при условии признания более общих взглядов Janet и особенно учения Jung'a [421-422]) о комплексах, представляющих из себя группы представлений, связанных аффектом; комплекс является функциональной единицей; погружаясь в несознаваемую сферу, комплекс может оказывать влияние на душевные процессы; если отдельные элементы его, напр., то или иное представление, проникает в сознание, оно может оказаться навязчивым представлением, так как, будучи связано комплексом, оно не вступит в ассоциативную связь с другими представлениями и не выйдет из содержания сознания вместе с ними; выражаясь образно, корни его лежат за границей сознания, глубже его порога. Различная интенсивность и характер комплексов, в том числе и половых, отразится и на силе, обилии и разнообразии навязчивых явлений.

Говоря о возникновении и развитии невротических явлений, нельзя не упомянуть о взглядах AdIer'a [422a-422b]) Основным положением автора является установление значения прирожденной недостаточности тех или иных органов, представляющихся вследствие этого неполноценными или малоценными (minderwertige); неполноценность органов может быть и морфологической, и функциональной, напр., признаки вырождения, близорукость, кожная пигментация, фимоз, заикание, рахит, расстройство внутренней секреции; все это приводит к развитию чувства собственной малоценности, которое поддерживается и развивается постоянным сравнением с взрослыми, здоровыми людьми, особенно с людьми близкими (отец, мать, братья, сестры). Возникает стремление к возвышению чувства собственной личности теми или другими психическими компенсациями; наряду с этим развиваются и укрепляются психологические комплексы, связанные с малоценностью дефективных органов и с чувством малоценности собственной личности; из этих оснований и возникают ненормальные проявления.

---

[*]) Freud, 1. c. [418]), стр. 72-74.

Посмотрим, где, у каких больных наблюдается развитие навязчивых явлений. На основании всего изложенного следует признать, что навязчивые явления не могут служить специфическим признаком определенного заболевания, а возникают там, где существуют подходящие условия для их развития, и особенно характерным представляется их появление при тех заболеваниях, при которых эти условия выражены. Уже упоминалось, что навязчивые идеи возникают иногда у людей душевно-здоровых, но находящихся в состоянии переутомления или истощения, напр., на почве перенесенной болезни; однако, у людей душевно-здоровых эти явления наблюдаются лишь в качестве кратковременных эпизодов; это отмечается весьма многими наблюдателями. Еще Krafft-Ebing'ом*) было отмечено появление навязчивых состояний в связи с некоторыми физиологическими процессами, как menstrua, graviditas, период лактации, полового созревания; также в связи с сильными впечатлениями и потрясениями; конечно, перечисленные физиологические процессы являются в этом случае только причинами вызывающими, обусловливающими развитие болезненного явления при наличности надлежащего невропатического или психопатического расположения. Magnan**)[423]) рассматривает навязчивые состояния, как один из признаков психической дегенерации, душевного вырождения, обусловленного тяжелыми наследственными влияниями. Уже давно было отмечено появление навязчивых состояний у больных, страдающих эпилепсией (Westphal, Cordes, Berger и др.); это совпадение нельзя признать случайным, так как оно наблюдается нередко, особенно в период времени, близкий к падучному приступу; Janet***) ставит явление в причинную зависимость с резким падением психического напряжения, бывающим при падучей и представляющим благоприятную основу для возникновения навязчивых состояний. Особенно характерным считается возникновение навязчивых состояний для психастении (Janet), а также для истерии, для последней, впрочем, это менее существенный признак. Также в качестве частого явления навязчивые представления и идеи приходится встречать в депрессивной и смешанной фазе маниакально-депрессивного психоза и, конечно, при циклотимии. Отмечались также навязчивые явления при базедовой болезни и при прогрессивном параличе помешанных. Наконец, ряд авторов, как старого (Falret, Westphal), так и нового времени выделяют болезненное состояние, связанное с развитием навязчивых идей, фобий и влечений, в самостоятельную нозологическую единицу под названием невроза или психоневроза навязчивых состояний, Zwangsneurose (Kraepelin, Bleuler), Angstneurose (Freud), Angstzustande (Stekel) [424]).

В отношении к дифференциальному распознаванию навязчивых явлений приходится иметь в виду не столько навязчивые страхи и влечения, сколько навязчивые представления и идеи. Выше уже было указано, как и чем навязчивые идеи отличаются от бредовых, за исключением, конечно, случаев, в которых навязчивые идеи переходят в бредовые. Далее, следует принимать во внимание те мысли, которые неотвязно преследуют человека в связи с сильно заботящими его обстоятельствами и интересами; в этих случаях мысли фиксируются в определенном направлении в связи с обстоятельствами реальной действительности, исчезают с изменением условий этой действительности или постепенно изживаются; гнетущие мысли, связанные с выраженной эмоцией, проистекают из условий окружающей обстановки, а не возникают из содержания несознаваемой душевной области; рассматриваемые идеи, связанные с эмоцией и аффектом, являются материалом для образования комплексов и, погружаясь в несознаваемую сферу, со временем могут оказаться источником возникновения навязчивых идей. Аутохтонные идеи, по терминологии Wernicke*), это самостоятельно возникающие идеи, к которым больной относится критически, признавая их за нечто чуждое и постороннее своему сознанию; понятие аутохтонных идей Wernicke весьма близко с понятием навязчивых идей; сам автор видит между теми и другими ту разницу, что содержание навязчивых идей по Wernicke не воспринимается, как чуждое личности больного, и поэтому они не могут так тяжело отражаться на всей его душевной жизни, как аутохтонные идеи; глубоко расстраивая ассоциативные процессы, аутохтонные идеи крайне мучительно переживаются больными, тяжелее телесных ощущений и болей, при чем больные бывают склонны приписывать их происхождение различным внешним и посторонним влияниям. Кроме того, различаются еще так называемые переоцененные, чрезмерно ценные или сверхценные идеи (uberwertige), содержание которых черпается из окружающей действительности, но которые мощно привлекают внимание больного, переоценивающего и неправильно истолковывающего их значение, и которые близко примыкают к бредовым идеям**).

О связи навязчивых представлений с галлюцинациями и о сравнительной редкости этого явления упоминалось в гл. XX (Krafft-Ebing, Seglas, Arnaud, Jaspers, Stocker).

С анатомо-физиологической точки зрения, по всей вероятности, при развитии навязчивых явлений дело идет об известном напряженном состоянии определенных чувство-двигательных областей мозговой коры, особенно речевых центров. Повидимому, явления внутренней речи больных, беззвучных голосов, также находятся в близком соотношении к генезу навязчивых представлений и идей, или точнее, к генезу аутохтонных идей Wernicke, так как обычно больные не относятся к ним критически, как к болезненным

---

*) Krafft-Ebing, 1. c. [386]).

**) Magnan, 1. c [292]), p. 171-191.

***) Janet, 1. c. [394]), p. 502-514.

*) Wernicke, 1. c. [230a]), S. 107-108.

**) Wernicke, 1.c [230a]), S. 147-148.

идеям, а об'ясняют их возникновение бредовым образом (вкладывание мыслей, влияние на их мышление на расстоянии).

XXII.

Бредовые идеи. Свойства бредовых идей: их неисправимость и сравнительное постоянство. Оценка терминов "бредовой" и "нелепой" идеи. Суб'ективная реальность и достоверность бредовых идей. Разновидности бредовых идей по содержанию. Условия возникновения и развития бредовых идей, Источники бредовых идей. Первичные и вторичные бредовые идеи. Их острое и хроническое развитие. Стойкость бредовых идей. Аутохтонные идеи Wernicke. Сверхценные идеи. Бред. Разновидности бреда. Терминологический анахронизм. Происхождение первичного, систематизированного бреда. Влияние аффектов на содержание и характер бреда; связь бреда с болезненным процессом; происхождение содержания бреда. Бредовые неологизмы. Об'ективные признаки бреда. Примеры.

Мышление душевно-здорового человека протекает соответственно определенным законам, установленным на основании изучения психической жизни и выраженным в психологии и логике. Правильное, нормальное мышление находится в соответствии с этими законами, результаты его представляются логичными и понятными. Патологическая душевная жизнь включает целый ряд таких факторов, которые существенным образом влияют на течение ее процессов, вследствие чего страдают как отдельные элементы душевной жизни, так и мышление. В результате у душевно-больных возникают такие восприятия, представления, идеи, суждения и выводы, правильность которых для душевно-здоровых людей представляется сомнительной и даже совершенно неприемлемой. Неправильные и ложные идеи и суждения, обусловленные патологическими причинами, носят название бредовых идей и суждений, а совокупность бредовых идей называется бредом.

По мнению Анфимова [425]), слово "бред" происходит от глагола "бреду", который означает "иду неуверенно"; если это мнение правильно, то очевидно, характер неуверенности походки, неясно выраженной цели у бредущего или бродящего человека, нередко блуждающего или даже заблудившегося, направляемого иногда случайными и обманчивыми влияниями, принятием термина "бред" остроумно перенесено на характеристику душевной деятельности в условиях ее болезненного состояния.

Бредовые идеи обозначаются также термином нелепых идей, и это выражение нельзя не признать довольно удачным, однако, следует при пользовании этим обозначением иметь в виду, что болезненные искажения и заблуждения человеческой мысли не всегда бывают нелепыми или, по крайней мере, явно нелепыми, что нелепость их иногда приходится устанавливать и доказывать. Кроме того, и навязчивые идеи, которые следует отличать от бредовых, могут в некоторых случаях носить нелепый характер.

Человек не есть машина, приспособленная к работе в одном определенном направлении; вполне естественно, что его психический аппарат находится под влиянием весьма разнообразных постоянных и случайных условий; поэтому, и в связи с самым качеством этого аппарата и у нормальных людей нередко наблюдаются неправильные и неверные мысли, суждения и выводы; однако, такие неправильные мысли и суждения не могут рассматриваться, как бредовые; они являются лишь ошибками мышления, заблуждениями, и при надлежащем раз'яснении легко исправляются; между тем, бредовые идеи, являясь последствием патологической душевной деятельности, результатом болезненного творчества, а не просто ошибок и заблуждений, не могут быть исправлены и уничтожены посредством раз'яснений и убеждений; такая неисправимость бредовых идей, обусловленная отсутствием и даже невозможностью критического отношения к ним со стороны больного, представляется одним из самых существенных их свойств; отсутствие критического отношения к бредовым идеям отличает их от навязчивых идей и представлений; больные убеждены в правильности своих бредовых идей и в этом отношении исполнены веры в свою непогрешимость. Другое существенное свойство бредовых идей, также отличающее их от навязчивых, заключается в их сравнительном постоянстве; правда, это постоянство лишь относительное, бредовые идеи могут колебаться в своем развитии и течении, как и другие болезненные явления вообще, но могут также отличаться необычайным постоянством, принимая хроническое течение, представляясь как бы зафиксированными; во всяком случае, бредовым идеям не свойственно припадочное, пароксизмальное течение, присущее навязчивым идеям и столь для них характерное.

Отдавая предпочтение термину "бредовой" идеи перед термином "нелепой", я отметил, что нелепость бредовых идей является понятием относительным, что бывают бредовые идеи, нелепость которых определяется сразу, при каких бы условиях больной их не высказывал; другие бредовые идеи по своему выражению ничего нелепого в себе не содержат, но будучи продуктом болезненного творчества, ложными и неправильными по существу, признаются бредовыми.

Так, больная заявляет, что у нее в животе, в области левого подреберья, находится женщина, голос которой она слышит; эту женщину поколотили на улице, после чего она превратилась в рябчика, которого больная "грешно" с'ела, т. е., в постный день; проглоченный ею рябчик снова превратился в женщину, которая и сидит в ней, произнося время от временя слово "грешно". Бредовые идеи, высказываемые больной, бесспорно принадлежат к нелепым идеям.

Больной высказывает идею, что у него имеется капитал в сто тысяч рублей, которого у него в действительности нет; или больной заявляет, что один из близких его родственников относится к нему враждебно и устраивает ему разные неприятности, чего на самом деле нет. Ни та, ни другая идея не представляется нелепой по своему содержанию, но обе они ложны, не соответствуют действительности, являются выражением патологической душевной деятельности больных и потому должны рассматриваться, как бредовые идеи.

Содержание бредовых идей, как и всяких других идей, черпается из явлений нашего внутреннего и внешнего мира, т. е., из явлений физической и душевной жизни и из мира окружающей действительности. При нормальной душевной деятельности явления внутреннего и внешнего мира принимаются действительно существующими, реальными; свойство реальности придается нами и процессам психическим, мы оцениваем наши мысли, как действительно существующие. Эта оценка, присущая здоровым людям, сохраняется и при патологических процессах, приводящих к развитию бредовых явлений; больные ассоциативные процессы дают менее благоприятные условия для критики, чем здоровые; отсюда проистекает твердое убеждение больных в правильности их бредового миросозерцания, вера в его несомненность, безусловная уверенность в его соответствии с действительностью, в его реальном характере. Это убеждение в реальности бредовых идей также представляется одним из их существенных признаков; бредовые идеи суб'ективно достоверные идеи*).

Содержание бредовых идей, имея своим материалом явления внутреннего и внешнего мира, бесконечно разнообразно, и перечислять возможные бредовые идеи было бы крайне неблагодарной задачей. Разновидностей и оттенков бредовых идей также много. Однако, в связи с характером болезненного процесса бредовые идеи по своему общему содержанию и форме повторяются, и так как их характер имеет значение для симптоматики душевных заболеваний, то с их разновидностями необходимо познакомиться.

Различают бредовые идеи собственного могущества и величия: при этом больной высказывает мысли, соответствующие этим понятиям; он - великий человек, выдающийся писатель, талантливый полководец, мировой гений, царь, бог и даже выше бога; он не только миллионер, но даже миллиардер, ему все подвластно, он все может; он беседует с богом, ездит на планеты, облетает на аэроплане земной шар; доходы его неисчислимы, он получает их отовсюду, его физическая сила неизмерима. Один больной крестьянин высказывал идею, что он очень богат, так как рожь на его земле родится этажами.

Бредовые идеи собственного ничтожества, самоунижения, самообвинения, греховности, разорения: больной - ничтожный человек, плохой, отвратительный, великий преступник и грешник, через него гибнут не только его близкие, но и все, приходящие с ним в соприкосновение; он совершенно запутал свои дела, он разорен, он нищий; его должны судить и приговорить к ужасной казни, к четвертованию; все гибнет через него.

Бредовые идеи отрицания или нигилистические: все разрушено, все погибло, ничего не осталось; самого больного не существует, он ходячий труп, людей нет, животных нет, мира нет.

Бредовые идеи, содержание которых составляют различные изменения, происходящие в органах тела, называются ипохондрическими идеями: больные заявляют, что их внутренности портятся, гниют, усыхают; пища вместо желудка просто проваливается в живот, там же накапливается моча и кал, все это гниет и отравляет организм; мозг давно высох и перестал работать, сердце и легкия также; рост уменьшился (микроманичеокие идеи), достиг незначительных размеров; кожа и мышцы высохли; неизлечимая болезнь скоро их погубит окончательно, все их внутренности исчезли, их тело набито тяжелой, как свинец, пищевой массой, которая проходит даже в ноги; их тело наполнено спиральными пружинами, распирающими их во все стороны.

Бредовые идеи изменения или метаморфозы собственного тела: лицо больного изменилось, оно никогда не было таким неприятным, безжизненным, лишенным всякого выражения, сильно изменилось, стало другим; в главе XX упоминалось о больной, заявлявшей, что она превратилась в копченого сига, в волка; другая больная высказывала идею, что она беременна жеребенком и в доказательство этого предлагала прощупать у нее в животе голову и копытца этого жеребенка.

Бредовые идеи отношения и преследования: различные явления внешнего мира имеют непосредственное отношение к личности больного; прохожие смотрят на его особенно, при входе его в вагон трамвая переглядываются между собой, подозрительно покашливают, некоторые встают и уходят, влияют на него различными способами непосредственно и на расстоянии, отравлением, внушением, рентгеновскими лучами; птицы летят сзади него, поезда и трамваи, проходящие мимо него, увеличивают свою скорость; образовалась шайка лиц, преследующих больного различными, способами, они следят за ним неусыпно, переезжают за ним из одной местности в другую, действуют на него ядовитыми парами, ядом, добиваются его уничтожения; они всячески преследуют не только его самого, но и его жену, детей и даже всех его родственников.

Бредовые идеи изобретений и открытий, выражающиеся в изобретениях и открытиях, могущих иметь значение лишь в глазах самого больного; обыкновенно дело идет о различных приборах, имеющих крупное универсальное значение, о perpetuum mobile; при этом законы механики, с которыми больные в большинстве случаев совершенно незнакомы, не принимаются ими во внимание; иногда больными предлагаются новые математические и философские теории также болезненного происхождения.

Эротические бредовые идеи, связанные по своему содержанию с половой жизнью и с половым чувством; больными высказываются идеи о влюбленности в них различных лиц, чаще всего высокопоставленных, выдающихся артистов или артисток, художников, писателей; идеи о собственной влюбленности и о знаках внимания и взаимности со стороны об'ектов любви; сюда же относятся бредовые заявления больных о различных манипуляциях в половой области, которым они подвергаются, преимущественно по ночам, о раздражениях половых органов, изнасилованиях. Бредовые идеи супружеской ревности и неверности также принадлежат к числу эротических.

---

*) Jaspera, 1. c. [269]), S. 41-52.

Бредовые идеи религиозного, демономанического, мистического содержания; больные заявляют о своем особом религиозном призвании и предназначении, о пророческом даре, которым они владеют, проповедуют новые вероучения; они подвергаются ряду испытаний и искушений со стороны демонов и других видов нечистой силы; они подвергаются различным сверхчувственным влияниям, телепатическим, внушению на расстоянии; идеи очарования (Бехтерев) [426]); сюда же относятся бредовые идеи одержимости гадами - змеями, лягушками; идеи одержимости нечистой силой, бесами, демонами, столь распространенные в прежнее время, идеи порчи.

Какие патологические условия нарушения душевной деятельности необходимы для возникновения и развития бредовых идей? Прежде всего необходимо расстройство способности отдавать себе правильный отчет в окружающем и в процессах душевной жизни; все болезненные факторы, нарушающие эту способность, являются источником бредовых идей; отсюда следует, что для возникновения и развития бредовых идей необходимо расстройство деятельности сознания в виде болезненного извращения или помрачения сознания; при наличности изменения деятельности сознания понижается или даже утрачивается возможность критического отношения к явлениям внешнего и внутреннего мира, вследствие чего возникают неправильные и ложные восприятия, представления и суждения, которые не могут быть оценены надлежащим образом, при чем эта болезненная оценка не может быть исправлена. Другое необходимое условие заключается в наличности определенной болезненной эмоции, аффективного состояния, которое обусловливает в значительной степени направление и даже содержание бредовых идей[*]). Материал для бредовых идей черпается из впечатлений окружающей среды и из психического запаса, из области несознаваемой душевной жизни, элементы которой вступают в содержание больного сознания; при условиях нормального мышления главные представления, находящиеся в непосредственном отношении к цели мышления, занимают господствующее положение, вытесняя второстепенные, менее существенные представления; при упомянутых патологических условиях второстепенные, побочные, несущественные представления и части ассоциативной цепи приобретают несоответствующее им значение. Некоторые исследователи, напр., Friedmann[**]), предполагают, что самое существенное условие для возникновения бредовой идеи заключается в болезненном повышении интенсивности представления; однако, само по себе это условие представляется далеко недостаточным для развития бредовой идеи, так как без изменения деятельности сознания и наличности эмоции бредовая идея не возникает; не все бредовые идеи и не всегда отличаются заметной интенсивностью, а в тех случаях, где их яркость повышена, это зависит от эмоциональной окраски, дающей нередко даже направление и содержание бредовым идеям; особая яркость свойственна и навязчивым идеям, она в высокой степени характерна и для представлений и идей, связанных с физиологическими аффектами, тем не менее ни те, ни другие при обычных условиях не приобретают свойств бредовых идей; поэтому, не отрицая значения усиления интенсивности представлений для получения ими бредовых свойств вообще, нельзя не признать, что это условие может иметь лишь второстепенное значение; хотя Friedmann и подкрепляет свое положение утверждением, что нет сильного представления, которое не казалось бы реальным, но ведь и это соображение может признаваться правильным лишь при допущении наличности изменения деятельности сознания, исключающего критическое отношение к данному яркому представлению; в противном же случае яркость представления далеко не гарантирует признания его правильности.

В связи со сказанным, источники бредовых идей представляются в следующем виде: изменение деятельности сознания, выражающееся в неправильном, ложном, извращенном истолковании текущих событий; отсюда проистекают бредовые умозаключения и суждения, т. наз. бредовые идеи суждения. В некоторых случаях, проникая в сознание из несознаваемой сферы, они являются неожиданно для больного, как готовые умозаключения, откровения, принимаемые им без критики. Ускорение течения идей, не дающее возможности критического отношения к ним и лишающее больного возможности правильно их оценивать и составлять надлежащие умозаключения. Нарушение течения ассоциативных процессов, обусловленное маниакальным наплывом представлений, схизофренической и астенической бессвязностью. Слабоумие схизофренического и органического происхождения (прогрессивный паралич, артериосклеротическое, старческое слабоумие). Обманы памяти[*]) ложные воспоминания[**]), сонные грезы и сновидения[***]), болезненное фантазирование, патологическая лживость[427]). Галлюцинации и иллюзии также являются богатым источником для бредовых идей, так как в глазах больного они имеют все свойства реальной действительности; бредовые идеи, проистекающие из галлюцинаций и иллюзий, называются чувственными или сенсорными. Различного рода изменения кожной и мышечной чувствительности, гиперэстезия, анэстезия, парэстезия, боли; различного рода ощущения, связанные с состоянием внутренних органов. В редких случаях источником бредовых идей могут служить навязчивые представления и идеи; чаще всего переход навязчивых идей в бредовые наблюдается в меланхолическом периоде маниакально-депрессивного

---

[*]) Bleuler, 1. c. [376]), S. 65-70. Friedmann, 1. c. [414]), S. 159.
[**]) Friedmann, 1. c [414]).
[*]) Kraepelin, 1. c. [340]).
[**]) Delbruck, 1. c. [343]).
[***]) Kraepelin, 1. c. [340]).

психоза (Friedmann)[****]). Настроения и аффекты, связанные как с болезненно повышенным, так и с болезненно подавленным самочувствием; в первом случае развиваются бредовые идеи, выражающиеся в болезненной переоценке собственной личности и окружающих событий, во втором - противоположного характера; сюда относятся с одной стороны аффекты веселого, жизнерадостного свойства, с другой - аффекты тоски, печали, страха, неуверенности в своих силах, тревоги и беспокойства, мнительности, подозрительности. В числе источников бредовых идей Корсаков[†]) совершенно основательно отмечает еще один, а именно, влияние примера или внушения, подействовавшего на благоприятную почву, что встречается в случаях т. наз. индуцированного или наведенного помешательства, в случаях психической заразы.

Все приведенные источники бредовых идей могут являться таковыми только при непременной наличности двух основных условий - болезненного изменения деятельности сознания и развития аффективного состояния; в большинстве случаев там, где наблюдаются указанные источники бредовых идей, бывают и оба необходимых условия, так как и перечисленные источники, будучи патологическими, развиваются в связи с нарушением деятельности сознания и эмоций; однако, по отношению к таким источникам бредовых идей, как обманы памяти, сновидения, фантазирование, патологическая лживость и расстройства чувствительности, необходимость наличности нарушения деятельности сознания и аффективного состояния должна быть особенно отмечена, так как сами по себе эти явления и патологические расстройства не обусловливают возникновения бредовых идей.

Бредовые идеи, развивающиеся в непосредственной зависимости от болезненно измененной деятельности сознания, обусловленные, напр., неправильным истолкованием окружающих явлений жизни и событий и отношения их к личности больного, бредовые идеи, являющиеся следствием болезненного фантазирования, называются первичными бредовыми идеями; бредовые идеи, проистекающие из расстройства памяти, из галлюцинаций, сновидений, расстройств чувствительности, аффектов и вообще не зависящие непосредственно от изменения деятельности сознания, как такового, называются вторичными бредовыми идеями. Некоторые авторы относят только первичные бредовые идеи к истинным, рассматривая вторичные бредовые идеи лишь как идеи, содержащие бредовые элементы, не отличающиеся, впрочем, строго от бредовых, бредоподобные, бредового характера, wahnhafte, по терминологии Jaspersa[*]), особенно при происхождении их из аффектов. Вместе с понижением и исчезновением аффективного состояния, лежащего в основе развития бредовых идей, и с восстановлением деятельности сознания бредовые идеи тускнеют и также исчезают.

Возникновение бредовых идей, подобно развитию душевных заболеваний, являющихся их основой, бывает острым, подострым, сравнительно медленно развивающимся, и хроническим, т. е., наступающим чрезвычайно медленно, постепенно, незаметно. Острое развитие бредовых идей наблюдается, напр., при маниакально-депрессивном психозе, подострое при dementia praecox, хроническое при парафрении и параное. В общем бредовые идеи представляются признаком более постоянным, чем навязчивые идеи, но это постоянство относительно; стойкость бредовых идей различна, различно и их постоянство; стойкие и постоянные бредовые идеи, отличающиеся хроническим течением, характеризуются старинным термином[**]) фиксированных идей (fixae ideae); к таким идеям принадлежат, напр., бредовые идеи параноиков (идеи отношения, преследования и др.). Однако, и эти фиксированные идеи нельзя рассматривать, как постоянные и неизменяемые во всех случаях; они также, как показали соответствующие наблюдения [428-429]); с течением времени, развитием и колебанием болезненного процесса тускнеют, меняются, особенно в деталях, вытесняются новыми, а менее существенные даже и просто забываются. К фиксированным идеям нередко относят идеи, владеющие мышлением фанатиков.

Фиксированные идеи - бредовые идеи, и если они выделяются из ряда других бредовых идей, то лишь по признаку особого постоянства, их отличающего; в остальном, им присущи основные свойства бредовых идей, а именно, признание больными их реального значения и отнесения их к содержанию и результату собственной душевной жизни, в противоположность навязчивым идеям, рассматриваемым, как нечто чуждое и постороннее, не имеющее основания в реальной жизни. Прежде фиксированные идеи рассматривались, как изолированное, обособленное явление, как моносимптом, имеющий место при частичном помешательстве; со времени падения учения о мономаниях этот взгляд должен быть оставлен.

Из разновидностей бредовых идей по их психопатологическим особенностям выделяются описанные Wernicke аутохтонные или самовозникающие идеи и чрезмерно ценные, переоцениваемые больными несоответственно их значению или сверхценные идеи (uberwertige Ideen); о тех и других уже упоминалось в предшествующей главе с целью показать разницу между ними и навязчивыми идеями.

Аутохтонные идеи возникают в содержании сознания больного вдруг, неожиданно, без обычного участия ассоциативного процесса, как бы выплывая из несознаваемой сферы душевной жизни; они мощно привлекают и удерживают внимание больного, который смотрит на них, как на элемент чуждый его сознанию; сказанным аутохтонные идеи чрезвычайно сближаются с навязчивыми, отличаясь от них, по

[****]) Friedmann, 1. c. [414]), S. 164.
[†]) Корсаков, 1. c. [227]), T. I, стр. 185.
[*]) Jaspers, 1. c. [269]), S. 45-50.
[**]) Meynert, 1. c. [189]). Изд. 1895 г., T. I, стр. 319.

мнению Wernicke, тем, что навязчивые идеи признаются больными за принадлежащие им самим; нередко аутохтонные идеи, раздражающим образом действуя на больного, расстраивают ход его мышления и переносятся вследствие этого крайне мучительно, даже более мучительно, чем физические ощущения и боли; почти всегда больные заявляют, что эти мысли им "внушены, сфабрикованы"? кем и как - об'ясняется различно, нередко в связи с содержанием идей, то они внушаются богом, то дьяволом, то преследующими больного лицами, для чего иногда изобретаются особые способы*). Аутохтонные идеи по своему характеру родственны, по мнению Wernicke, слуховым галлюцинациям (слуховые галлюциноиды Кандинского, беззвучные голоса, звучание мыслей); эта общность видима также из отношения больных к аутохтонным идеям, которые влияют на поведение их подобно галлюцинациям**). Нельзя не видеть также значительного сходства аутохтонных идей с навязчивыми, развивающимися в измененном состоянии сознания, вследствие чего их критическая оценка страдает, ограничиваясь только признанием чуждости их содержания; сходство тех и других идей увеличивается еще тем, что, подобно навязчивым идеям, аутохтонные идеи не владеют больным все время ровно, а то усиливаются, то ослабевают, то затихают на время, т. е., протекают припадочно, что для навязчивых идей считается особенно характерным.

Чрезмерно оцениваемые или сверхценные идеи достаточно близки навязчивым и аутохтонным идеям, так что не всегда удается резко разграничить одни от других; от аутохтонных они отличаются тем, что им совершенно неприсущ элемент чуждости, больные смотрят на них, как на выражение их собственного мышления и личности; тем не менее они переживаются мучительно, и больные жалуются, что не могут думать ни о чем другом. От навязчивых представлений сверхценные идеи отличаются отсутствием элемента навязчивости и своим содержанием, которое не признается бессмысленным, как это нередко бывает при навязчивых идеях. По всей вероятности, происхождение сверхценных идей находится в связи с воспоминаниями о каких-либо переживаниях, соединенных с сильно выраженными аффективными состояниями; впрочем, патологические условия могут сами приводить к аффективному переживанию и чрезмерной оценке событий, которые в действительности переживались с гораздо меньшим напряжением эмоции***). Сверхценные идеи находятся в тесной зависимости от аффективного состояния, исчезая вместе с его падением и, как бредовые идеи, сопровождаются уверенностью больного в их реальном Характере; ассоциативная задержка способствует их возникновению, вследствие чего они легко развиваются в депрессивных состояниях.

Для примера привожу следующий отрывок из истории болезни, основанный отчасти на записи самой больной: М., 25 лет, девица; отец алкоголик, женился 35 лет, умер от чахотки 62 лет; мать страдала бессонницей; имела 7 человек детей, больная - пятая. Сама больная в период развития организма страдала тоской, бессонницей, ее мучили навязчивые идеи религиозного характера; в 16 лет перенесла дифтерит и скарлатину, 22-х лет суставной ревматизм. Анемичная и недостаточно упитанная особа. В течение нескольких недель ухаживала за умиравшей теткой, проводила ночи без сна, сильно утомилась; после смерти тетки, последовавшей 23 июля, она отдохнула и чувствовала себя удовлетворительно; в конце сентября почувствовала себя плохо, появилась тоска, бессонница, слезы, тяжелые мысли, пришлось обратиться к врачебной помощи; в октябре должна была прекратить свою службу. Обратилась за врачебной помощью 18 ноября и была помещена в лечебное заведение, откуда в начале февраля выписалась, еще будучи больной. Во время болезни высказывала следующие идеи, к которым относилась без критики, придавая им качество реальной действительности: 1) она жестоко обидела тетку перед смертью, высказав, что ей очень тяжело и надоело за ней ухаживать, что она запуталась в денежном отношении; она довела тетку до слез, пожелав ей смерти; 2) она причинила тетке мучительную болезнь (воспаление кишек), накормив ее различным сырьем и испорченной простоквашей в то время, когда у нее был запор; 3) от страха она потеряла голову и не исполнила всех предписаний врача, не пригласила вовремя врача вторично, почти не питала больную, бегала по больницам, напугала тетю, слушалась глупых советов старух; когда пригласила второго врача, было уже поздно, - только мучила человека, когда он умирал; на целый день продлила мучения больной, позволив врачу впрыснуть ей камфору; вообще, замучила больную; 4) была жестокой и преступно медлительной в действиях. Своими бредовыми идеями больная индуцировала свою сестру. Через некоторое время мучившие больную идеи вместе с уменьшением аффективного состояния начали затихать, она была помещена в одну из санаторий, где скоро поправилась. Из разговора с выздоровевшей М. выяснилось, что ее болезненные идеи имели фактическое основание, но ее поведение около умирающей тетки не соответствовало той оценке, которая ему давалась в паталогическом состоянии.

Обыкновенно бредовые идеи у душевно-больных не встречаются изолированно; они входят в мышление больного, как элемент этого мышления, оказывающий влияние на его направление, содержание и течение; они связываются между собою, являясь основанием для дальнейших болезненных суждений и умозаключений; больное мышление, обусловливающее бредовые идеи и связанное с ними, называется бредовым мышлением, а результат бредового мышления, выражающийся в совокупности бредовых идей, носит название бреда (delire, Wahn). Необходимое условие для образования бреда заключается в сохранении больным хотя некоторой способности к мышлению*), к развитию ассоциативных процессов; понятно поэтому, что бреда не возникает при отсутствии или ничтожном развитии сочетательных процессов, напр., у идиотов и тупоумных, равно как при падении и утрате этой способности вместе с наступлением и развитием

---

*) Wernicke, 1. с. [230a]), S. 107-109

**) Wernicke, 1. с. [230a]), S. 211.

***) Wernicke, 1. с. [230a]), S. 146-147.

*) Friedmann, 1. с. [414]), S. 159

слабоумия бред тускнеет, распадается и исчезает; слабоумие не принадлежит к числу условий, способствующих развитию и распространению бреда; такое распадение и исчезновение бреда по мере наростания слабоумия больного наблюдается особенно при dementia praecox, при прогрессивном параличе помешанных, при артериосклеротических и старческих психозах.

Слагаясь из первичных или вторичных бредовых идей, бред также носит соответствующий характер, чаще, однако, характер бреда бывает смешанным, с преобладанием тех или иных идей.

В связи с состоянием деятельности сознания и правильностью течения ассоциативных процессов бред бывает связным или бессвязным; естественно, что бред, развивающийся при маниакальной, схизофренической или астенической бессвязности, будет также бессвязным, более или менее отрывочным; при душевных заболеваниях с выраженным слабоумием также не может наблюдаться связного бреда; там, где настроение больных изменчиво и внимание рассеяно, как это бывает, напр., при маниакальном возбуждении маниакально-депрессивного психоза или прогрессивного паралича помешанных, конечно, не может развиться стойкого и связного бреда; в тех же случаях душевных заболеваний, в которых сознание сохраняется ясным и ассоциативные процессы со стороны внешней формально протекают удовлетворительно, развивается связный бред; такой бред характеризует параноидные, парафренические и особенно параноические формы душевных болезней. Так как между отдельными бредовыми идеями и частями бреда при наличности ясного сознания и сохранения формальной стороны ассоциативного процесса и памяти {устанавливается прочная связь, то бред, развивающийся при этих условиях, бывает не только связным, но также стойким и более или менее стройным или систематизированным. По мере развития болезни бредовая система также развивается, достигает более или менее пышного расцвета, отливаясь в стойкие и прочные формы; по выражению Бал и некого, бред кристаллизируется. Конечно, кристаллизацию бреда нельзя понимать, как систему бреда, вылившуюся в совершенно неизменяемую форму; главные основы бредового содержания сохраняют обычно свою прочность, детали же нередко меняются, могут меняться даже некоторые более существенные части бредовой системы; сюда относится то, что было сказано по поводу изменяемости первичных бредовых идей; раз самые идеи и их взаимоотношения могут меняться, конечно, может изменяться и самая бредовая система, возникшая, как результат болезненного сочетания бредовых идей.

В зависимости от преобладающего содержания и характера бредовых идей, получает свою характеристику и бред в его целом; так, говорят о бреде величия, самоунижения, самообвинения, греховности, бреде отрицания или нигилистическом, ипохондрическом, собственной метаморфозы (метаболический бред), отношения и преследования, изобретений и открытий, сутяжном, эротическом, религиозном, демономаническом, мистическом, о бреде очарования, одержимости и др.; нет надобности перечислять все возможные разновидности содержания бреда, здесь указаны лишь более распространенные и чаще встречающиеся, психиатрическая практика сама показывает, какими названиями может быть лучше передано содержание бреда в отдельных случаях.

Еще до настоящего времени для обозначения бредового содержания удержался старинный термин "мания" с присоединением определения, характеризующего бред; так, говорят о mania grandiosa или мании величия, mania persecutoria, inventoria, erotica, religiosa - мании преследования, изобретений, эротомании, религиозной, daemonomania - демономании и др. Эта терминология ведет свое начало еще от времен Pinel'я и Esquirol'я, от времени симптоматических классификаций душевных болезней и учения о мономаниях; со времени развития других основ классификации и падения учения о мономаниях, изощренное изобретение новых терминов в значительной степени утратило свое значение; кроме того, самый термин "мания" утратил свое значение для определения бредового состояния; если раньше можно было под названием mania grandiosa или другим аналогичным термином подразумевать помешательство с наличностью бреда величия, то в настоящее время такое обозначение совершенно неприемлемо, так как термин mania получил определенное значение и прилагается к определенному клиническому состоянию, а отнюдь не для обозначения душевного расстройства вообще и тем более для бредового состояния. Необходимо вытеснить эту терминологию, уже давно утратившую право на существование и сохранившую лишь историческое значение, заменяя ее правильными, научно целесообразными и современными обозначениями. Поэтому следует пользоваться терминами: бред величия, бред греховности, бред преследования, вовсе не прибегая к выражениям:, mania grandiosa или мания величия, мания преследования и др.

Из различных форм бреда особенное внимание привлекается, в смысле выяснения его психологического генеза, первичным систематизированным бредом, а именно, бредом отношения, преследования и другими его разновидностями. Много внимания изучению этого бреда посвятил Magnan[*]), описывая его в качестве самостоятельной клинической формы под названием "Ie delire chronique a evolution systematique". Вполне понятным явлением представляется систематизация и стойкость этого бреда при сохранении больными ясного сознания и внешне правильного, хотя и болезненного, логического мышления; в связи с нарушением логического мышления по существу, в связи с извращенным истолкованием взаимоотношения окружающих событий между собою и отношения их к личности больного, развивается неправильное, ложное суждение о значении этих событий, и развивается бред суждения. Подробное выяснение развития и значения этого бреда и его разновидностей относится к частной патологии душевных болезней; сейчас же нас интересует

---

[*]) Magnan, 1. c. [292]), p. 213-375.

возникновение т. наз. бреда отношения, а именно, почему больной приводит окружающие события в непосредственную связь с собственной личностью, на каком основании устанавливается им пассивное или активное взаимоотшение между внешними предметами и событиями и его личностью, которая оказывается в центре событий, с точки зрения здоровой логики никакого отношения к ней не имеющих (эгоцентризм).

Для объяснения рассматриваемого явления остроумная гипотеза предложена Westphal'ем[430])[**]); больные, обнаруживающие бред отношения и преследования, сознают неопределенное изменение собственной личности; если даже с душевно-здоровым человеком происходит какая-либо перемена, напр., он надевает новую форму, то у него является чувство, что все это знают, что все прохожие смотрят на него с особым вниманием и любопытством; больной, чувствующий, что с ним произошла какая-то перемена, думает, что все обращают на это внимание, что отношение людей к нему изменилось, сделавшись странным, особенным; больной распространяет и переносит изменение собственной личности на других; отсюда и возникают бредовые идеи и бред отношения и наблюдения (Beziehunge- und Beobaehtungswahn). Storring возражает против гипотезы Westphal'я, утверждая, что в основе развития упомянутых бредовых идей лежит настроение подозрительности; в сущности, в этом допущении нет крупного расхождения с взглядом Westphal'я, также не исключающим эмоционального влияния в возникновении бреда отношения. Настроение подозрительности свойственно и здоровым людям, как эпизодическое явление, и имеет своим последствием соответствующее истолкование различных взаимоотношений; являясь в качестве болезненного, стойкого явления, вследствие болезни или болезненного обострения соответствующих черт патологического характера, это эмоциональное состояние наряду с болезненным изменением правильности логических сочетаний и ложится в основание возникновения и развития бреда отношения и предследования; эротическое или религиозное настроение сообщает другое направление содержанию и развитию бредовых идей, у сутяги бредовые идеи развиваются в зависимости от болезненно повышенного чувства правоты и справедливости, оскорбляемого по отношению к его личности. Несомненно, что содержание несознаваемой области душевной жизни оказывает весьма существенное влияние на характер и направление бредовых идей (Freud), особенно влиянием психологических комплексов (Jung), о которых говорилось подробнее в предшествующей главе.

Наши восприятия, представления и мысли окрашиваются в цвет нашего настроения; при хорошем настроении все кажется хорошим, а при плохом ничто не радует, все принимает неприятную, даже мрачную окраску; это психологическое правило всецело относится и к патологическим настроениям и аффектам, отличающимся большей силой и продолжительностью по сравнению с нормальными; вполне понятно поэтому, что у больного, переживающего приятные, стенические аффекты, испытывающего повышенное самочувствие и облегченное течение идей, могут развиваться бредовые идеи собственного могущества и величия, а у больного, переживающего аффект удручающей, тяжелой тоски, сопровождающийся замедленным течением ассоциативных процессов, возникают бредовые идеи противоположного свойства - идеи собственного ничтожества, самообвинения и греховности.

В каких случаях какие формы бреда наблюдаются? Мы уже говорили, что первичный и вторичный характер бреда, его прочность и стойкость, связность и бессвязность и другие черты находятся в непосредственной зависимости от свойств патологического мышления и состояния душевной деятельности больного вообще; качество и количество поражения психических процессов определяется качеством и количеством болезненного процесса, поражающего центральную нервную систему, определяется свойством патогенных факторов, приводящих к болезни, и индивидуальными свойствами головного мозга, на который падает действие болезнетворной причины. Клинически мы встречаемся с различными формами бреда, являющимися более или менее характерными для различных заболеваний, вследствие чего целесообразнее рассмотреть их в связи с клиническими картинами этих заболеваний. Неправильно нередко высказываемое мнение, что клиническая форма болезни обусловливает характер бреда; наоборот, особенности бреда входят в число слагаемых клинической формы болезни, которая, как и самый бред, вызывается свойствами и особенностями болезнетворного начала.

Содержание бреда черпается из психического запаса больного, из источников несознаваемой и сознаваемой душевной жизни, из внешних впечатлений и из обстановки и событий внешнего мира вообще; как уже было сказано, на содержание бреда оказывают влияние психологические комплексы; оказывает также влияние уровень индивидуального умственного развития больного, степень его образования, запас сведений, которыми больной располагает, иногда отражается влияние профессии больного. Внешние события, различные изобретения и открытия существенно отражаются на содержании бреда больных, особенно, когда дело идет о систематизированном бреде. За последние годы в бреде больных часто встречались идеи, связанные с войной и военными событиями (говорили о прекращении войны, о способах ее успешного ведения, о преследовании неприятелем и т. д.), идеи, связанные с революционными событиями (партийные преследования и влияния, предложение больному ответственных постов); больные подвергаются действию рентгеновских лучей, при помощи которых читаются их мысли на расстоянии или иссушается их мозг и внутренности, их мысли подслушиваются посредством особых телефонов, на них влияют посредством внушения на расстоянии, влияют особой силой, исходящей от некоторых людей, сообщаются с ними посредством беспроволочного телеграфа и т. д.

[**]) Storring, 1. c. [109]), стр. 196.

Для обозначения особого происхождения разного рода влияний и сил, действию которых они подвергаются и для характеристики которых они не находят необходимых выражений в языке, больные нередко придумывают и изобретают новые термины, вводя в свою речь неологизмы; эти неологизмы специально ими изобретаются, иногда больные пользуются для этого слуховыми галлюцинациями; особенное богатство новых терминов встречается у параноиков, у душевно-больных изобретателей, которым представляется крайне важным делом наименовать соответствующим образом изобретенные ими приборы и машины.

Так, один из больных Кандинского*) находился под влиянием "токистов" (корпус тайных агентов), творивших над ним сбои "упражнения" и входивших с ним в "токистическую связь". Один из наших больных находился под влиянием "гипна", который он строго отличал от гипноза. Другой больной, доказывавший свое знатное происхождение, называл своих родителей "радетелями", желая этим обозначить, что это были только заботившиеся о нем с детства люди. Больной, обнаруживавший бредовую переоценку собственной личности, придумал для себя название "государственный кутек"; выражение "кутек" он производил от латинского глагола quatio, (трясу, колеблю, ударяю); "кутек" - человек, облеченный чрезвычайными полномочиями, проживающий всюду по всей России и заботящийся об охране трона от потрясений и колебаний; таких "кутьков" в России всего несколько человек; звание "кутька" наследственное, отец его был "императорским кутьком".

Чтобы показать, насколько склонны к неологизмам некоторые душевно-больные изобретатели, привожу небольшой отрывок из описания одного из бесчисленных изобретении больного К. "Ор'ентир Грамофонного Зеркала Stahlmars, изобретенного Василием Петровичем Стальгерцем. Оно изобретено перед Рождеством 1907 г. и назначается для Парижской выставки в интересах самостоятельного актива европейского гения в об'ективе грамофонной капитализации наций, народностей и Америки. Это зеркало реализирует фокус грамофонного спирита электричества, насколько они реальны в природе, т. е., в воздушных и атмосферических силах, фундаментирующих горизонтальный пояс небесного свода на геометрической планшафтике природы. Я. его изобрел в ориентировке и на интересе применения обратной законатуры зеркала, открытого мною года 3 назад, именно, действительности зеркал на обратной стороне в их об'ективах. В Фокусе зеркала, конечно, специально осуществляется его обратная законатура...." Это описание в целом занимает 80 страниц убористого почерка. Другие изобретения К. назывались, напр., грамофоид Юпитера, зеркаластр, электрическая эксвозочка, принтемпарм (особый письменный прибор, основанный на зрительном индифференциале ахролитного электричества), электрическое пенснэхо и др.; он написал "электрическую комедию" "Зеркало", также полную неологизмов. Все изобретения К. снабжены весьма сложными фантастическими рисунками.

Не всегда бред больными высказывается; бывают случаи, когда больные скрывают свои бредовые идеи; это возможно, однако, лишь при том условии, когда больные обладают ясным сознанием и могут владеть собою, в общем, скрывание бреда больными встречается не слишком часто, и чаще всего это наблюдается в тех случаях, когда больные, замечая, что высказывание бреда замедляет признание их здоровыми и выписку из лечебницы, остерегаются и перестают высказывать свои бредовые идеи. Больные диссимулируют свое заболевание. Между тем, бредовые идеи во многих случаях имеют значение не только для выяснения клинической картины болезни, но, отражаясь на поведении больного и на его отношении к окружающим, нередко, подобно галлюцинациям, диктуя и направляя это отношение, приобретают также весьма существенное практическое значение. Бредовые идеи, особенно, связанные с аффектом тоски, могут приводить к покушениям на самоубийство, они могут иметь своим последствием нападения на окружающих, покушения на их жизнь и другие действия, вредные для окружающих; поэтому врач должен не только выяснить наличность бреда у больного, но должен стремиться всесторонне ознакомиться с содержанием и направлением бреда и тщательно следить за его течением и развитием, по сколько это возможно. В тех случаях, когда бред скрывается больными, обнаружению его помогают об'ективные признаки бреда, выражающиеся в особенностях поведения больного и отмечаемые при тщательном наблюдении за больным. К числу об'ективных признаков бреда относятся только что упоминавшиеся особенности речи больных, символизирующие патологические представления и понятия больных. Далее, об'ективное выражение бред находит в письме больных, которое не только содержит неологизмы, но и еще некоторые своеобразные особенности, как измененный почерк, подчеркивание слов и фраз, намеки и нелепости, различные символические выражения, непонятные слова, особое расположение письма - писание столбцами, в разных направлениях, разными чернилами, цветными карандашами; чаще всего письма больных, даже скрывающих свой бред, носят явно бредовое содержание; иногда больные прибегают к шифрованному письму. Рисунки и рукоделия больных, особенно рисунки, также отражают их бредовое мышление: символизация, различные непонятные изображения и пояснения составляют особенности этих рисунков; иногда больные дают целые серии рисунков, изображающих события их жизни и жизни окружающих, как она представляется в их бредовом миросозерцании. Рисунки могут быть и об'ективным доказательством галлюцинаций, переживаемых больными. Кроме указанных об'ективных признаков бреда, вообще все поведение больного может носить в большей или меньшей степени бредовой характер; так, больные избегают встречи с определенными лицами или группой лиц, напр., с врачами, которые, по мнению больного, являются виновниками его несчастий, избегают общения с окружающими их людьми, так как последние недостойны общения с ними, занимающими слишком высокое положение; один больной молчал около пятнадцати лет, так как он боялся открыть рот, чтобы в него не попала нечистая сила; больные обнаруживают поступки, указывающие на их бредовое нерасположение к определенным лицам, преследуют их и даже нападают на мнимых виновников их злоключений; один из наблюдавшихся мною больных сшил себе грандиозные сапоги, насыпал в них песку, одел их и неподвижно стоял на месте, - этим способом он

*) Кандинский, 1. с. [349]), стр. 26.

предохранял себя от пагубного влияния земного магнетизма; другой больной ради этой же цели носил на груди железный крест. Для врача очень важно быть в курсе бредовых идей, настроений и связанных с ними поступков больных.

В прежнее время выделялись изолированные бредовые идеи, частичный бред при ясном сознании больных, обусловленный частичным помешательством; в настоящее время такое допущение представляется анахронизмом, но подробнее мы остановимся на этом ниже.

Приведем несколько примеров бреда, основываясь на письмах, дневниках больных и на беседах с ними.

Одним из профессоров-хирургов получено открытое письмо следующего содержания: я Л. В. С., извещаю г. профессора хирургии, что имея 36 лет, никогда не только раком матки, но даже обыкновенными женскими болезнями не страдала, а потому предупреждаю, во избежание недоразумения и уголовщины, никогда не делать уговоренных операций без очной ставки с больными; меня покушаются под хлороформом стащить из моей квартиры в изолированную лачугу, залить маточным ядом, привязав к кровати, и повторяя эту заливку по два раза в сутки, изготовить рак; когда опухоль от введения из'язвляющего яда будет готова для операции, под хлороформом окутать в меха, уложить в корзину, везти по железной дороге в клинику: шантажистка рекомендуется моей матерью, не приводя в сознание, отвозит в клинику, чтобы сделать насильственную операцию для маскировки гнусного преступления, затем через подкупленную сиделку, снабдив ее хлороформом, ввести под хлороформом фунтовую, пережеванную заранее сиделкой, массу мармелада, тяжелого песочного торта и проч. и таким образом убить меня через паралич кишек; достигнув таким образом цели, во время моего исчезновения похитить у меня на 15 тыс. банковых билетов, на проценты с которых я живу.

Это письмо является отрывком обширного систематизированного бреда с характером преследования; весьма возможно, что у больной имеются патологические ощущения со стороны органов малого таза, дающие содержание ее бредовым идеям. Своим письмом больная принимает меры, чтобы предупредить покушение на ее жизнь со стороны лиц, ее преследующих. Приведенное письмо живая страница из жизни душевно-больной, бред которой развился и сложился в определенную картину и которая начинает принимать меры самозащиты; место такой больной в лечебном заведении не только ради лечебных мероприятий, но и во избежание серьезных осложнений, к которым может повести дальнейшее ее поведение по отношению к лицам, которых она подозревает в задуманном на нее покушении.

Следующий пример показывает возникновение и развитие бреда отношения и преследования с самого его начала и основывается на продолжительном наблюдении больного и на отрывках из весьма тщательно и подробно веденного им дневника.

Больной Г., 21 года, математик, очень интересующийся своим предметом и обнаруживающий большие способности; начитанный и интеллигентный юноша, вдумчиво относящийся к своим ощущениям и переживаниям. У матери и у тетки с ее стороны было острое душевное расстройство; двоюродный дед со стороны матери неоднократно болел белой горячкой. Сам Г. был болезненным ребенком, инфекционные болезни сопровождались у него бредовыми явлениями; отличался нервностью, обнаруживал наклонность к лжи, был эгоистичен, нередко страдал бессонницей. Рахитичен, перенес брюшной тиф, часто простужался и болел инфлуэнцей, катарром желудка и кишек. Занимался в общем удовлетворительно, обнаруживая особые способности и любовь к математике. Последний год отбывал воинскую повинность, но затем по болезни был освобожден. Душевное заболевание Г. развивалось постепенно и незаметно для окружающих. В 1915 году он влюбился в одну барышню и хотел на ней жениться; однако, он не был даже знаком с предметом своей любви и начал тем не менее одолевать барышню письмами довольно странного содержания; несколько раз являлся в ее дом, чтобы познакомиться, но не заставал ее; родные барышни обратились к матери Г. с просьбой воздействовать на него и прекратить поток писем, которые оставались без ответа. Но еще в 1909 году мать обратила внимание на некоторые странности поведения сына: он жаловался, напр., что закрытая в его комнату дверь оказывается через некоторое время открытой, вещи - переложенными с места на место. В 1914 году он отказался сдавать экзамены, к которым подготовился, бросил занятия, а осенью 1914 года начал обвинять одного друга в похищении у него сочинения и заявил однажды родным, что одна особа, настроенная к нему враждебно, приняла лицо и вид его тетки и пришла в дом его матери. С мая 1915 года Г. стал замечать, что "мозги его портятся", что он плохо соображает, что в его голове беззвучно появляются мысли "чужого творчества", его умственные способности понижаются; в то же время он заметил, что окружающие относятся к нему особенно: мать и прислуга чаще, чем необходимо, проносят руки над его тарелкой, как бы желая насыпать туда ядовитого порошка, по ночам под его окном слышался шорох, как будто кто-то следил за ним, внезапно исчезла собака, которая своим лаем указывала присутствие кого-то около окна; он перестал пить кофе одновременно с матерью, начал следить за тем, что едят другие; однажды, когда он шел в парикмахерскую, кто-то выстрелил на улице, а в парикмахерскую вошел и тотчас вышел неизвестный господин, очевидно, "мое присутствие ему мешало"; когда Г. вышел из парикмахерской, против нее стояло два человека, которые тотчас же разошлись; встретил на улице прислугу, несмотря на то, что ее брат уверял, что она, живет в деревне, что показалось странным. С июля 1916 года больной перешел на растительную пищу, чтобы предупредить влияние "флюидов" животного мира на свой характер; дикари Индии имеют характер "диких" через "флюиды" тигрового мяса; через "флюиды" молока коровы человек может получить ее характер. Больной занят подготовкой материала для составления трактата № 1, направленного на изыскание "Мировых аксиом", следствиями из которых об'яснялись бы все явления жизни.

Приводим некоторые выдержки из дневника и воспоминаний Г., озаглавленного: "Факты из моей жизни".

15 апреля 1917 года. Вечером 13 декабря 1914 года в субботу вышел из дому и отправился в парикмахерскую; в этой парикмахерской я имею обыкновении стричься; моя траектория в этот день целиком совпадала с частями моих траэкторий. дней 3-го и 6-го декабря; когда я был в конце К-го переулка, помню, дул сильный противный ветер, мешавший идти; одно мгновение даже хотелось вернуться; (как будто совершалась работа напряжения рока, как я понял впоследствии). Когда я подходил к первому мосту, справа раздался выстрел; я остановился; две женщины тоже остановились; подождал и пошел дальше; на мосту встретил телеграфиста и спросил, слышал ли он выстрел; он ответил,

что это, наверное, мальчишки из пугача стреляли по вороне. Пришел в парикмахерскую. Когда сидел перед зеркалом, то видел, как кто-то проходил мимо окна на улице и тотчас двинулся обратно справа налево. Когда я вышел из парикмахерской, то на противоположной стороне улицы стояли двое в военной форме; один, более высокого роста, тотчас пошел по М-му пер. в сторону, откуда я пришел; другой же пошел по противоположной стороне К-ой улицы налево: вследствие этого я тотчас же переменил намерение возвращаться домой тем же путем и тоже пошел по К-ой; скоро я перешел улицу и направился за одной из этих двух личностей; он остановился у освещенного окна какого-то дома, кажется, у магазина; я прошел мимо него и старался его запомнить; он был почти такого же роста, как я, офицер с погонами защитного цвета. Затем я другой дорогой вполне благополучно вернулся домой. (К этому описанию приложен подробный план местности, на котором обозначена парикмахерская, с расположенным в ней стулом и зеркалом, и изображен пунктиром и стрелками весь путь Г. из дома и домой)...

В феврале 1915 года я проснулся однажды среди ночи; слышал, как собака дворника "Каро" усиленно лаяла вблизи окна, моей комнаты. Через несколько дней я узнал, что она именно в эту ночь пропала. Наш дворник мне тогда рассказал, что как раз в эту ночь он дежурил на Н-ой улице; был сильный мороз; с ним была собака "Каро", он сжалился над ней и погнал ее домой, она отправилась, и больше он ее не видел; кратчайший проходимый путь с Н-ой ул. лежал вблизи нашей дачи. Помню, что дворник прибавил, что если бы кто-нибудь к нам пришел, то не затем, чтобы нас ограбить...

Кажется, около середины мая 1915 года я впервые заметил, что ко мне попадают мысли не моего творчества; в тот день с утра ко мне стали попадать чужие мысленные фразы, полные ужасной ругани; что это были не мои мысли, я решил потому, что до сих пор мой мыслительный аппарат никогда не выпускал подобных мыслей; кроме того, я всегда мог до некоторой степени влиять на общее содержание моих мыслей, насколько это позволяло в тот момент влияние внешнего мира, и затем я считал для себя возможным по своей воле оборвать в любой момент любую цепь мыслей; этих же мысленных фраз я не мог оборвать, пока они сами собой не кончались. (Аутохтонные идеи Wernicke). Несколько дней спустя я принял гипотезу, что это делалось с целью, чтобы никто не подумал, что чужие мысли, ко мне попадающие, являются мыслями моего творчества...

Однажды вечером в конце мая 1915 года, сидя за столом во время ужина, я обернулся через правое плечо и в тот момент видел, как прислуга махнула рукой; несколько времени спустя я обернулся через левое плечо и видел, как моя мать тоже махнула рукой; в обоих случаях, если бы у них в руках был в тот момент какой-нибудь порошок, то частицы его могли бы попасть в мою тарелку...

Очень часто по окончании мысленной фразы не моего творчества, ко мне попавшей, я не мог вспомнить последней собственной мысли, ею прерванной; помню, что несколько раз замечал, что при возникновении цепи мыслей не моего творчества существует в течение нескольких мгновений одновременно по две мысли, если в момент возникновения цепи мыслей не моего творчества у меня шла цепь мыслей моего творчества; затем обыкновенно цепь моих мыслей пропадала, и оставалась цепь мыслей не моего творчества...

20 апреля 1917 года. 7 декабря 1914 года, проходя мимо дома г-жи Б., заметил, что один человек в фуражке студента университета ходил вдоль улицы взад и вперед, почти перед домом Б.

Это же самое лицо присутствовало при следующем эпизоде в середине декабря 1914 года: условившись заранее, я встретил на Царскосельском вокзале в Петрограде г-жу Г. Она повела меня в зал I и II класса, и мы сели, где она считала наиболее удобный; некоторое время мы разговаривали о разных ничтожных вещах, а затем я ей передал деньги; очень скоро после этого она удалилась, а некоторое время спустя поднялось со своего места вышеописанное лицо, которое, как оказалось, сидело по близости и все время присутствовало[*])...

6 февраля 1915 года купил английский учебник и начал изучать английский язык с целью переселиться из России, вследствие целого ряда удручающих выводов из гипотез, принятых мною тогда для объяснения действительности. Эти выводы были в общих чертах следующими: А., умственное развитие которой характеризуют ее слова, что математика есть нечто лишнее, вследствие моего правильного образа действий и нежелания принять участие в ее неблаговидных поступках, решила мне мстить; в результате Б. мне не сообщила, что моя переписка к ней не относится, г-же Г. потребовалось получать деньги при свидетелях, хотя в моем архиве имеется письмо, в котором она выражает признательность за мое согласие платить за ее уроки пения, и прочие несообразности. Так как близкое жительство относительно этой особы могло повлечь в будущем обилие неприятностей, к тому же могло выясниться удручающее недоразумение с письмом к Б., то я решил готовиться к переселению в другие края. Около того времени я начал справляться у знакомых, не видели ли они напечатанного произведения с моей подписью; вероятная справедливость последнего предположения все более и более увеличивалась[**])...

22 апреля 1917 года. Когда однажды мы с братом приехали к г-же Г., то между прочим было следующее: она подошла к телефону, и было слышно, как она упоминала часто слово "князь"; то было в последний раз, когда я видел ее оболочку под видом ее оболочки ... 2 апреля 1915 года у нас днем был г. Б. Мы отправились с ним в библиотеку; дорогой мне казалось, что он перекладывал револьвер из кармана брюк в карман пальто. Когда я пересматривал книги, он скрылся; я тотчас же подошел к двери и очень громко сказал: "синьор, не глупите!" Он обернулся и вернулся; по его лицу я решил, что он был крайне смущен. Когда я запирал дверь, он с книгой удалился; помнится, что он тогда не попрощался.

5 мая 1917 года. Это было в тот день, когда происходил вышеописанный случай передачи мною денег г-же Г., при странном свидетеле; к вокзалу в П., когда я покупал билет, под'ехали сани, и из них вышел генерал и другой офицер; когда я сидел у окна вагона III кл., этот офицер прогуливался по платформе; он остановился против моего окна, долго стоял, потом пошел обратно; в Петрограде, когда я выходил из вагона на платформу, у соседнего вагона стоял этот офицер и все время на меня смотрел, когда я проходил мимо; на золотых погонах у него были пушки и был он небритым. Встретив г-жу Г., я взял с нее обещание, что если она узнает, что меня укокошили, то сообщит об этом г. Б., а также о том, что некое лицо является артиллеристом. Достойно внимания совпадение этих описанных странностей с фактом моей поездки для передачи денег г-же Г., при чем ранее предполагался для встречи другой день, но он был

---

[*]) Все время я держал себя, как всегда, в высокой степени пристойно; только было очень неприятно, что в моем частном деле оказалось замешанным постороннее лицо и мой поступок передачи денег мог показаться предосудительным.

[**]) У больного была рукопись, которая была взята одним его знакомым без его согласия.

изменен этой особой за несколько дней, о чем она сообщила мне письменно... Далее Г. перечисляет несколько случайных встреч, имевших в его глазах особое значение.

Оригинальная подробность. Когда я видел г-жу Б. первый раз, отлично помню, что волосы у нее были не черные; во второй, третий и четвертый раз - черные. У г-жи А. во время моего знакомства с ней были волосы не черные, - когда же я встретил ее ехавшей на извозчике с г-жей Б. по Н-ой улице, у нее были черные волосы. (Иллюзорное восприятие).

18 мая 1917 года. 28 мая 1915 года, когда я одевался, мне сообщили, что к нам пришла тетя Е. Брат, сестры и моя мать уверяли, что это она; из своих наблюдений я нашел, что ее лицо и голос совсем как у тети Е. Я стал подбирать тех знакомых которым они были присущи, и нашел, что они свойственны личности г-жи Г..

В июне 1915 года к нам зашла одна знакомая с личностью, которая по уверению моих сестер и моей матери была тетею Е. Эта личность казалась мне более похожею на тетю Е., чем личность 28 мая; но этой личности были присущи свойства, отсутствующие у тети Е. и принадлежащие г. Б...

В конце сентября 1914 года я проснулся среди ночи; было очень жарко, и я открыл дверь из моей комнаты в столовую; затем я заснул; помню, что когда я на мгновение проснулся, на моей постели кто-то сидел; было как будто все освещено, слышал голос г-жи А., сказавшей: "исследуйте меня". На следующий день я решил, что когда я ночью просыпался, ко мне телепатически попала мысль г-жи А...

Однажды утром моя мать, придя в кухню, пронесла руку над приготовленной к варке моей посудиной с горохом, доставая полоскательную чашку. Вечером у меня, по-видимому, поднялась температура; на следующий день меня после вишневого супа (почти ежедневное мое кушанье) тошнило; в то утро у меня, против обыкновения, не было аппетита ...

Резюмируя свои переживания, Г. характеризует их следующим образом: 1) происходили события, которые до сих пор не происходили, или прежде в таких случаях происходившие события теперь происходили иначе; 2) эти события были сами по себе безвредными для моей оболочки; 3) причиною их являлась воля каких-то лиц, намеренно делавших неестественность; 4) обилие этих событий.

Кроме дневника и воспоминаний, Г. был занят составлением обширного математического сочинения, также носившего патологический характер, с множеством неологизмов; в этом сочинении он пытался подводить жизненные явления под "мировые" аксиомы; содержание этого весьма сложного трактата нельзя передать в кратком изложении.

Из приведенного примера видно, как постепенно возникают и развиваются бредовые идеи с характером бреда отношения; видно, как случайные, совершенно посторонние для больного события рассматриваются им в тесном соотношении с его личностью; видно, как развивается бред влияния и преследования; накапливая факты, связывая их между собою, больной пытается установить их взаимоотношение и отношение к собственной личности; болезненное мышление истолковывает и оценивает события, их значение и связь извращенным образом, в результате возникает развитие бредовой системы, в которой центральной фигурой является г-жа А., влияющая на больного и его преследующая. Бред главнейшим образом первичного происхождения. Отчетливо выступают аутохтонные идеи Wernicke. С первичными бредовыми идеями сочетаются, встречающиеся, однако, в небольшом количестве, вторичные бредовые идеи, проистекающие из иллюзий и гипнагогических галлюцинаций. Бред Г. нельзя признать развившимся в законченную бредовую систему, он находится в периоде развития, формирования, он, по выражению Балинского, еще не "выкристаллизовался", но он представляется тем интереснее и поучительнее, что хорошо освещает самое развитие бредовых идей и бредовой системы.

XXIII.

Патологические расстройства чувственных процессов. Изменения эмоций у душевно-здоровых и у душевно-больных. Количественные и качественные изменения душевного чувства. Терминология. Первичный и вторичный характер болезненных эмоций. Повышение душевной возбудимости; раздражительная слабость. Понижение душевной возбудимости и тупость душевного чувства; тупость высших чувствований. Примеры. Понижение и отсутствие чувства реальности. Изменение силы эмоций; физиологические и патологические аффекты и их характерные свойства. Ответственность при патологическом аффекте. При каких болезненных условиях встречаются патологические аффекты; аффект тоски, raptus melancholicus, аффект ужаса, религиозного экстаза, недоумения. Примеры. Болезненное равнодушие. Аффективная двойственность. Болезненное повышение настроения. Эйфория. Подавленное настроение, предсердечная тоска. Тревожно-мнительное настроение. Патологическое настроение и внешние влияния. Повышение и понижение чувства приятного; повышение возбудимости неприятного чувства; anaesthesia dolorosa psychica. Психические идиосинкразии. Фобии.

При рассмотрении болезненных расстройств познавательных процессов нам неоднократно приходилось говорить о болезненных нарушениях процессов, относящихся к чувственной или эмоциональной стороне душевной жизни; это по необходимости вытекало из тесной или взаимной связи, как различных психических областей в целом, так и составляющих их содержание отдельных процессов; в патологической душевной деятельности эта связь выступает особенно ярко. Поэтому представляется вполне понятным и естественным, что в главах, посвященных патологии интеллектуальных процессов, пришлось затронуть и патологию чувственной области; это выразилось особенно при описании и анализе галлюцинаций, навязчивых идей и состояний, отчасти явлений бреда; навязчивые явления можно было бы даже отнести с большим основанием к расстройствам чувственной области, но я не сделал этого потому, что болезненное нарушение интеллектуальных процессов выступает в них слишком ярко, а кроме того, с самого начала было выяснено, что болезненные расстройства захватывают одновременно разные стороны душевной жизни, поражая отдельные психические процессы лишь преимущественно перед другими.

Как уже сказано при рассмотрении эмоциональных процессов (гл. XII), их интенсивность не представляет постоянной величины и при условиях душевного здоровья; нервно-психический тон, настроение, колеблется в известных пределах; степень колебания настроения зависит от психической конституции человека и обусловливается различными внешними и внутренними причинами; болевые ощущения, неприятные известия являются факторами, вызывающими изменение настроения; с другой

стороны, изменение настроения обусловливается неприятными воспоминаниями, расстройством функции внутренних органов, интоксикацией (напр., алкоголем). При условии душевного здоровья колебания настроения обычно не бывают резкими; правда, они могут достигать степени душевного порыва или аффекта, но аффективное состояние здорового человека всегда возникает при наличности известного повода, аффекты здоровых людей всегда мотивированы, встречаются нечасто и бывают кратковременными. Легкая возбудимость душевного чувства наблюдается у детей,[434]) подростков в периоде полового созревания, у женщин во время menstrua; в это время наблюдается не только значительная наклонность к т. наз. капризам и быстрым сменам настроений, но сравнительно часто и легко развиваются аффекты (Finzi[431]), Jentsch [432]); колебания и смены настроений до аффектов включительно легко наступают в климактерическом периоде, а также во время такого физиологического состояния, как беременность; чрезвычайно поучительную статистику приводит Pilcz [433]): по его данным из 426 женщин самоубийц 19,92% было беременных, из них 83% находились в первой половине беременности.

Громадное большинство душевных заболеваний сопровождается существенными изменениями в области душевного чувства; патологические изменения его обнаруживаются большею частью уже в самом начале болезни и отличаются от колебаний его у душевно-здоровых людей отсутствием внешних поводов или их незначительностью, несоответствием эмоциональной реакции с внешним раздражителем, ее вызывающим, как в количественном, так и в качественном отношении; патологические изменения душевного чувства характеризуются своей немотивированностью или недостаточной мотивированностью; кроме того, им свойственна большая стойкость, постоянство и продолжительность, по сравнению с физиологическими условиями.

Патологические изменения душевного чувства распространяются, как на низшие, так и на высшие чувствования, обнаруживаясь с одной стороны поражением чувства голода, жажды, полового чувства, а с другой - проявляясь нарушениями эстетического, этического и религиозного чувствования. Поражения чувствований могут выражаться изменениями их в количественном или качественном отношении; однако, такое деление, как и следует ожидать на основании не раз приводившихся соображений о тесной связи и единстве между отдельными элементами душевной деятельности, не представляется слишком строгим; чаще всего поражение выражается страданием и количественной, и качественной стороны эмоций, являясь смешанным. То же наблюдается и по отношению к другим процессам душевной деятельности; поражение душевных чувствований не стоит изолированно от них, а неизбежно сопровождается болезненными изменениями в развитии и течении этих процессов; при изучении болезненных расстройств познавательных процессов можно было убедиться в этом достаточно. Говоря о количественном и качественном поражении душевного чувства, мы имеем в виду лишь преимущественное страдание той или другой его стороны и проводим это деление главным образом для большего удобства рассмотрения вопроса.

К количественным изменениям чувственной области относится болезненное изменение возбудимости душевных чувств, в смысле более легкой или более трудной их возбудимости по сравнению с нормой; далее, количественные изменения выражаются болезненным нарушением напряженности, силы эмоциональных реакций, как в положительном, так и в отрицательном направлении. Качественные изменения выражаются в болезненном расстройстве приятных и неприятных эмоций, стенических и астенических аффектов, в смысле преобладания тех или других или в смысле несоответствия эмоциональной реакции качеству раздражителя, извращенного характера реакции. Для обозначения болезненных чувственных реакций на внешние раздражители пользуются терминами: hyperaesthesia, hypaesthesia, anaesthesia psychica, hyperalgesia, hypalgesia, analgesia psychica, paraesthesia psychica; для обозначения эмоциональных состояний независимо от реакции чувства на внешние раздражители пользуются терминами: hyperthymia, dysthymia, parathymia и нек. другими.

Болезненные изменения чувственной сферы могут быть первичными и вторичными; к первичным относятся такие, которые возникают в зависимости от внутренних причин, вне связи с внешним поводом; они обусловливаются определенной конституцией центральной нервной системы, прирожденным темпераментом; они составляют характерное свойство меланхолических и маниакальных состояний, наблюдаются у хронических алкоголиков, эпилептиков, умственно отсталых. По мнению Bleuler'a[*]), сюда же необходимо отнести также эмоциональные реакции, которые по своему течению, в смысле продолжительности и силы, представляются болезненными, хотя толчком, поводом для их возникновения и развития и послужило внешнее обстоятельство, напр., ненормально бурная и продолжительная аффективная реакция матери на смерть ребенка, длящаяся много месяцев, сопровождающаяся отказом от пищи. К вторичным изменениям относятся реакции, связанные с вызывающим моментом, независимо от того, является этот повод в качестве нормального или патологического раздражителя; напр., бурная реакция больного на ничтожное противоречие, страх перед галлюцинаторным образом, радостная эмоция параноика, вызванная сделанным им патологическим открытием, должны быть одинаково отнесены к числу вторичных эмоциональных изменений[**]); конечно, нередко болезненные изменения эмоций носят смешанный характер.

К болезненным расстройствам, выражающимся в изменении возбудимости душевных чувств, принадлежат: 1) повышение душевной чувствительности, hyperaesthesia psychica; 2) понижение душевной

---

[*]) Bleuler, 1. c. [376]), S. 86.

[**]) Pilcz, 1. c. [433]), S. 8-38.

чувствительности, hypaesthesia psychica, доходящее иногда почти до полной душевной невозбудимости, по крайней мере, в некоторых направлениях; anaesthesia psychica; последним термином часто обозначается не отсутствие возбудимости душевного чувства, а резкие степени понижения возбудимости.

Повышение душевной чувствительности выражается в том, что на обычные раздражители больной обнаруживает необычно живую и сильную эмоциональную реакцию, болезненную впечатлительность, доходящую до развития аффектов; повышенная впечатлительность может проявляться в развитии эмоций радостных или печальных, возбуждающих, угнетающих или смешанных, на сравнительно слабые раздражители, не вызывающие соответствующих реакций у людей здоровых. Это наблюдается у лиц, обнаруживающих психопатическую конституцию, у психастеников, истеричных, в начальных периодах душевных заболеваний, в маниакальных состояниях. Повышенная душевная впечатлительность, отличающаяся значительной неустойчивостью, выражающаяся в кратковременных сменах противоположных настроений, обусловленных незначительными поводами, носит название раздражительной слабости душевного чувства; чаще всего раздражительная слабость наблюдается при прогрессивном параличе помешанных, при артериосклеротическом и старческом помешательстве, при алкоголизме; такие больные легко впадают в аффективные состояния, чрезвычайно легко сменяющиеся, поверхностные; напр., больной, сильно раздраженный ничтожным противоречием собеседника, готовый его ударить, вдруг начинает заразительно смеяться шутливому замечанию того же собеседника. Повышение возбудимости может распространяться и на высшие чувствования, - эстетическое, этическое, интеллектуальное, религиозное; в связи с их повышенной возбудимостью, больные не довольствуются условиями, достаточными для удовлетворения этих чувств у здоровых людей, даже при их хорошем развитии. Болезненное повышение логического чувства встречается у резонеров, оно отчасти выражено в бесплодном мудрствовании (Grubelsucht); стойкое, хроническое повышение возбуждения этического чувства, чувства справедливости, наблюдается у больных сутяг, переходящих из одной судебной инстанции в другую в стремлении восстановить свои будто бы попранные права. Хороший литературный образец чрезмерного развития этического чувства представлен Сервантесом в лице Дон-Кихота, стремящегося к восстановлению справедливости часто там, где она не нарушена.

Понижение душевной чувствительности называется также притуплением или тупостью душевного чувства; это патологическое явление противоположно предыдущему и выражается в малой возбудимости или в невозбудимости эмоций. Раздражители, вызывающие у здорового человека живую эмоциональную реакцию, приводят в этих случаях к реакции очень слабой или даже совсем ее не вызывают. Так, больной, получивший известие о смерти близкого ему лица, остается равнодушным к этому событию точно так же, как и к другому известию приятного или радостного содержания. Это явление обычно наблюдается при состояниях слабоумия в различных степенях его развития; оно свойственно прогрессивному параличу помешанных, артериосклеротическому и старческому слабоумию, раннему слабоумию (dementia praecox), наблюдается при хроническом алкоголизме и эпилепсии; оно особенно характерно для прирожденных форм слабоумия, выражающихся в состояниях умственной отсталости и тупоумия; разница в происхождении душевной тупости в приобретенных и прирожденных патологических состояниях заключается в том, что в первых случаях дело идет о болезненном расстройстве душевной деятельности, включая и область эмоций, до того времени хорошо развитой и функционировавшей, а во вторых случаях мы встречаемся с недоразвитием психических процессов, в числе их и процессов эмоциональной области; в первом случае дело идет о нарушении и понижении душевного чувства в разных его проявлениях, а во втором о недостаточном образовании и развитии чувствований. Высшие чувствования для своего развития, образования и закрепления требуют продолжительного и сложного течения психических процессов, они приобретаются в значительной степени условиями воспитания и жизненного опыта; вполне естественно, что болезненные процессы, имеющие своим последствием понижение интеллекта больного, изменение и распадение его личности, в большинстве случаев сначала приводят к нарушению высших чувствований, а затем отражаются и на низших; с другой стороны, у людей, обнаруживающих с детства явления психического недоразвития, этическое, эстетическое и другие высшие чувства, требующие для своего образования полноты духовных сил, развиваются в недостаточной степени, находятся в зачаточном состоянии или почти отсутствуют. В первом случае наблюдается или инволюция, или болезненное разрушение, а во втором, - задержанная эволюция почти до полного ее отсутствия.

Клиническая разница между теми и другими случаями выражается в том, что понижение и падение высших чувств в случаях приобретенных заболеваний происходит постепенно, по мере развития болезни, с колебаниями, неравномерно; больные обнаруживают чувственную, эмоциональную реакцию, когда их уличают, напр., в нарушении этических правил, конечно, если их душевная тупость не достигла больших размеров; так как в случаях неразвития высших чувствований, больным незнакома эмоциональная реакция, связанная с их нарушением, то нарушение их со стороны лиц, ими не обладающих, обычно происходит без сколько-нибудь существенной внутренней борьбы и не влечет за собою реакции, напр., в виде раскаяния. Эти люди могут знать, что нельзя совершать тех или иных поступков, их можно научить этому, но, не обладая достаточно развитыми эмоциями, они не в состоянии почувствовать, почему это нельзя, их знание остается чисто теоретическим, оно не связано и не закреплено эмоциональной окраской и потому легко и безболезненно для них нарушается. Иногда страх наказания удерживает таких больных от вредных и небезопасных для окружающих поступков.

При болезненных разрушениях личности возбудимость низших чувствований сохраняется дольше, - чувства: половое, голода, жажды остаются возбудимыми дольше других; раньше понижается и исчезает половая возбудимость; при состояниях недоразвития низшие чувствования обычно представляются выраженными удовлетворительно, менее постоянной является возбудимость полового чувства.

Встречаются состояния психического недоразвития, выражающиеся в более или менее значительной отсталости образования и развития эмоциональных процессов при сравнительно удовлетворительном уровне интеллекта; высшие чувства у таких лиц представляются недоразвитыми или почти неразвившимися; такие аномалии душевного развития еще в тридцатых годах минувшего столетия были выделены Prichard'ом [435-437]) под названием moral insanity - нравственное помешательство; конечно, в состояниях недоразвития наблюдается не только недостаточность нравственного чувства, но и других высших чувств, - эстетического, религиозного; но поражение этих чувствований встречается реже и имеет меньшее значение в смысле возникновения конфликтов с окружающей больного средой. Prichard, выделивший состояние нравственного помешательства в качестве самостоятельной нозологической единицы, рассматривал его, как частичное помешательство, относя к т. наз. мономаниям; этот взгляд поддерживался и многими другими психиатрами; ниже мы рассмотрим, насколько основательным является выделение различных форм частичного помешательства при условиях современного развития психиатрической мысли; в настоящее же время вопрос этот интересует нас лишь настолько, насколько в этих состояниях обнаруживается тупость нравственного чувства, обусловливающего нарушение установившихся взаимоотношений между людьми, и тупость других высших чувствований. Обратимся к примерам.

М., 17 лет, сын чиновника; отец алкоголик, мать очень нервная особа. Когда М. было 5-6 лет, родители и окружающие стали обращать внимание, что М. отличается особой шаловливостью, при чем шалости его носили нехороший и злой характер; он стремился причинить боль своим братьям, сестрам, сверстникам; любил мучить животных; ломал деревья, рвал цветы в общественных садах; учился плохо; сначала он занимался хорошо, но скоро ему надоедало, внимание отвлекалось случайными впечатлениями, и он бросал занятия; так было в каждом учебном заведении, в которое его отдавали; ленился и проводил время в праздности. 10-ти лет поступил в коммерческое училище, но через несколько месяцев его уволили оттуда за плохое поведение: он грубо бранил учителей и товарищей, позволял себе по отношению к ним грубые шутки, колол их и щипал; в это же время он начал курить и онанировать, проделывая это в классе перед товарищами. Обнаруживал музыкальные способности и легко выучился играть на гуслях, балалайке, гитаре, мандолине, цитре, кларнете и рояле. Поступил в торговую школу, откуда тоже скоро был уволен; также и в гимназии удержался лишь на короткое время. Лет с 14-ти начал выпивать и временами напивался до бесчувствия; деньги для этой цели он частью воровал у отца, частью зарабатывал игрою на вечеринках; попытка продолжать образование в музыкальной школе была также неудачной; в конце концов ему удалось окончить уездное училище. Проступки М. стали настолько невыносимыми, дома он так плохо обращался с родными (бил их, щипал), что стало необходимым удалить его; с его ведома и согласия отец поместил его послушником в С-ий монастырь, где сначала ему очень понравилось; но трудовая и строгая монастырская жизнь скоро надоела М., он принялся за старое и однажды вырвал из головы настоятеля пук волос; тогда его отправили из монастыря обратно к отцу; когда он был в своем городе, ему встретился крестный ход с иконой смоленской божией матери; М. был в монастырской одежде - в подряснике и скуфье; взяв в руки имевшуюся в его багаже балалайку, он побежал навстречу иконе и начал плясать перед нею, подыгрывая на балалайке и с пением неприличной песни; бегством он спасся от расправы толпы. Вернувшись домой через, некоторое время, он украл у отца довольно большую сумму денег и бежал в С. При помощи полиции М. был возвращен в К. и помещен в лечебницу для душевно-больных. В числе других уклонений от нормальной душевной деятельности у М. выступает на первый план отчетливо выраженная тупость душевного чувства, а именно, чувства нравственного и религиозного; эстетическое чувство в отношении к музыке было у него развито удовлетворительно; он любил музыку и легко выучился играть на многих инструментах; но к серьезному изучению музыки он не был способен.

А. находилась под наблюдением с 10 до 16-ти-летнего возраста, так как за этот период времени ее несколько раз помещали в К-ю лечебницу. Психопатическая наследственность. Мать зарабатывает деньги тяжелым поденным трудом. А. небольшого роста, физически развита правильно; высокое и узкое твердое небо; со стороны кожной чувствительности - обширные анэстезированные области. Лжива, держится развязно, цинична в своем поведении; характер неровный, аффективна. С 6-ти лет начала воровать; сначала воровала у одного врача лекарства, которые совершенно не были ей нужны; она просто их выбрасывала или отдавала, кому придется; однажды стащила у матери десять рублей и спрятала их в снегу; таскала при каждом удобном случае и раздавала деньги подругам; понимает, что воровать не следует, особенно у труженицы-матери, но на деньги можно купить сластей и кататься на извозчиках. В соседнем доме повесилась девушка; подруги, хоронившие самоубийцу, украсили ее гроб цветами; вскоре после этого А. тоже пыталась повеситься и лишь случайно была вынута из петли; она жалела о неудавшемся самоубийстве, говорила, что нисколько не дорожит жизнью, на расспросы о причинах ее покушения об'яснила, что ей очень понравилась картина самоубийцы в гробу, украшенном цветами и окруженном подругами; ей хотелось также лежать в гробу, как лежала та девушка. Одна кража ей не удалась, так как этому помешал ее младший брат; она рассердилась на него и хотела его зарезать; что ей не удалось; была недовольна неудачей, говорила, что не любит брата и что "зарезать его было бы даже очень приятно". Очень упряма, цинична, ругает больных и персонал лечебницы, задевает всех, интригует, иногда дерется, кусается, бьет стекла. Будучи дома, чуть не убила сестру. - Тупость нравственного чувства и отсутствие любви к жизни.

Б. с 7-ми летнего возраста много раз поступал в лечебницу; отец алкоголик; физически для своего возраста развит достаточно. Очень подвижен, отвлекаемость внимания, временами раздражителен, иногда дерется. С 6-ти месяцев страдал судорожными приступами, которые впоследствии повторялись очень редко. Причиною помещения его в лечебницу был длинный ряд поступков, недопустимых с точки зрения личной и общественной морали. Он хорошо понимал, что своими действиями он приносит вред окружающим, но мотивировал свое поведение словами: "так мне

хочется". Одной из обычных "шалостей" Б. было влезание по водосточной трубе на крышу; это он проделывал каждый раз, когда действия его матери и бабушки не отвечали его желаниям; взобравшись на крышу, он становился на самом краях ее и угрожал броситься вниз, если его желание не будет исполнено; он не дорожил жизнью и говорил, что хочет умереть, чтобы по нем плакали мать и бабушка; для этой цели он два раза бросался в воду; он любил бросать камнями в сверстников, много причинял зла братьям и сестрам, однажды поджег на сестре спичками платье, другой раз подложил под нее горячие угли; на озере несколько раз толкал в воду маленьких девочек, а один раз столкнул девочку с плота под отходящий пароход, но по счастью ее вытащили. Очень легко обещает исправиться, но тотчас нарушает данное слово. - Тупость нравственного чувства; понижение чувства любви к жизни и к ближнему; лишь внешнее понимание недопустимости такого поведения.

Одна больная, обнаружившая своим поведением резко выраженную тупость нравственного чувства, сделала нападение на сравнительно мало знакомого ей врача, разбив о его голову наполненный водою чайник; врач упал, потеряв сознание и серьезно заболел; на следующий день она спокойно спросила другого врача, заплатит ли ей доктор за разбитый о его голову чайник.

Классический пример тупости душевного чувства приводит Krafft-Ebing [438]). Лемэр, 19 лет. Косоглазие и искривление стопы, развившееся в связи с судорогами в детстве. Дурные наклонности с детства, леность, заносчивость, впоследствии всякие излишества, онанизм. Ненавидел родителей и открыто высказывал желание поскорее унаследовать их имущество. Л. часто угрожал смертью своему отцу. После смерти матери в 1865 году первыми словами Л. были; "ладно, теперь одной об'едалой стало меньше". Отец собирался вступить в брак с Б., жившей в том же доме с 17-тилетней дочерью; Л. не желал этого брака; за два дня до свадьбы он убил г-жу Б. и хладнокровно сказал прибежавшей ее дочери: "ладно, мне удалось отомстить ей, жаль только, что я не покончил и с остальными тремя (с отцом, дочерью г-жи Б. и её гувернанткой). Впрочем, я не дурак и не пьян, понимаю, что заслужил смерть за свое дело". Л. откровенно сознался, что задумал убить Б. после того, как узнал о намерении отца жениться на ней, похвалялся своим деянием, жалел, что не убил остальных; он хотел воспользоваться деньгами убитой для кутежей; на суде он цинично признавался в своих пороках и хвастался ими; он отвратительно клеветал на отца, судье он сказал: "если вы оставите меня жить для прогулки по земле, я буду доволен, но если думают заставить меня работать, то я скорее согласен умереть". После убийства, показывая окровавленные руки, Л. со смехом произнес: "вот у меня и перчатки, чтобы идти на свадьбу к отцу". Прокурор доказывал, что Л. чудовищный преступник, защитник пытался говорить о его болезненном состоянии, сам Л. отвергал свое душевное расстройство, экспертов врачей не было. Л. радостно приветствовал свой смертный приговор, не желая и слышать о помиловании, он хорошо выспался, поел с аппетитом и сохранил веселое настроение даже на эшафоте. Вскрытие Л. обнаружило: сращение всех черепных швов; значительное недоразвитие передней черепной ямки; вес мозга всего 1183,0; сосудистая оболочка была плотно сращена с веществом мозговой коры (следы менингита), лобные доли были уменьшены в об'еме, вследствие задержки их развития. Очевидно, что нравственное недоразвитие Л. явилось результатом болезненного поражения и недоразвития его головного мозга, что Л. был душевнобольной человек и что смертная казнь его явилась судебной ошибкой.

Душевная тупость проявляется также в направлении того высшего чувствования, которое находится в ближайшем соотношении с интеллектуальным чувством и которое Janet выделяет под названием чувства реального; это чувство, присущее каждому здоровому человеку, заключается в признании реальности, достоверности существования нашего Я, ощущений, представлений, впечатлений и других психических процессов, в признании реальности окружающей обстановки; это чувство возникает из повторности, постоянства и тождества впечатлений, получаемых при посредстве органов чувств из внешнего и внутреннего мира; при нормальных условиях чувство реальности неотделимо от всех этих впечатлений и обусловливается их интенсивностью и полнотой; с чувством реальности связана функция реального, выражающаяся уверенностью в возможности выполнения того или другого акта. Утрата чувства реальности наблюдается в отношении к окружающему и к собственной личности. Больные заявляют, что их окружает странная обстановка, все окружающее фальшиво, поддельно, люди и животные, точно картонные автоматы; сами они потеряли самих себя, живы лишь наполовину, умерли, их душа отделилась от тела, они странны, смешны, нереальны, сохранили только материальное существование; они нерешительны и неуверены в своих поступках и действиях. Признавая понижение и утрату чувства и функции реального одним из характерных признаков психастенических состояний, Janet[*]) об'ясняет его развитие, как результат нарушения полноты психологических операций; Lowenfeld[439]) обусловливает развитие этого явления наличностью сноподобного состояния. Правы оба автора, так как неполнота психических функций свойственна сноподобным состояниям; если к этому присоединить условие известной степени диссоциации или расщепления между эмоциональными и интеллектуальными процессами[**]), то станет понятным, почему утрата чувства реального наблюдается иногда при раннем слабоумии и при психозах истощения.

Понижение и отсутствие возбудимости распространяется также и на низшие чувства, как половое, чувство голода, жажды; поражение этих чувств, будучи тесно связанным с действиями, из них протекающими и имеющими важное практическое значение, удобнее рассмотреть в связи с расстройствами волевых процессов. С поражением высших чувствований, хорошее развитие которых определяет красоту духовного облика человека, обычно выступают акты, обусловливаемые получившими преобладающее значение низшими чувствами и влечениями, не сдерживаемыми правилами морали. Скромные и застенчивые люди начинают непристойно вести себя в обществе, не соблюдая общественных приличий, обнаруживают жадность, цинизм и целый ряд таких особенностей поведения, которые совершенно не были

---

[*]) Janet, 1. с. [393]), стр. 282-286. Janet, 1. с. [394]), p. 431-439.

[**]) Gaupp[440]), напр., смотрит на каждое патологическое расстройство настроения и чувства, как на диссоциацию душевных процессов.

им свойственны до болезни. Духовный облик больного нередко резко меняется, его личность, выражаясь образно, обростает патологической корой, скрывающей ее хорошие качества. В одних случаях эта кора по мере развития болезни утолщается, совершенно и навсегда скрывая и разрушая прежнюю личность человека; в других, по мере наступающего выздоровления, вместе с возвращением возбудимости высших чувствований, постепенно возобновляется прежняя личность человека; патологические изменения личности бывают настолько резкими, что трудно бывает, а в некоторых случаях даже невозможно воссоздать прежний духовный облик больного; тем большее удовлетворение получает врач-психиатр, участвуя своими знаниями в духовном воссоздании человека, утратившего вследствие болезни самое дорогое - нормальные психические функции. Уметь помочь выздоровлению больного и своими разумными советами сохранить восстановившуюся душевную жизнь - великая задача врача.

Кроме болезненной возбудимости эмоций, наблюдается болезненное изменение силы эмоциональных реакций, которое выражается в двух направлениях - в направлении несоразмерно значительной интенсивности эмоциональных проявлений и в направлении несоразмерно малой или слабой эмоциональной реакции по сравнению с раздражителем, ее вызывающим.

Сильные душевные волнения проявляются в виде душевных порывав или аффектов; аффекты свойственны, как людям душевно-здоровым, так и душевно-больным и предрасположенным к душевным заболеваниям, являющимся носителями т. наз. невропатической или психопатической конституции. Аффекты, развивающиеся у людей здоровых, по своему течению, развитию, условиям происхождения и проявления отличаются от аффектов, наблюдаемых у лиц предрасположенных и у душевно-больных. Первые носят название физиологических аффектов, а вторые патологических.

Было бы точнее говорить об аффектах у здоровых и об аффектах у патологических людей, но когда говорится о патологическом аффекте, то этим самым внимание переносится больше на существо и развитие этого состояния, как болезненного явления, и в меньшей степени на почву, в связи с которой оно развивается, что имеет важное практическое значение; кроме того, у предрасположенных и у душевно-больных очень часто наблюдаются аффекты, не выходящие по силе своего развития из пределов физиологических, если не принимать во внимание более легкую возбудимость душевного чувства, обычно наблюдаемую у больных. Для таких аффектов, развивающихся на почве предрасположения к душевной болезни или у душевно-больных, но не достигающих той степени развития, которая характеризуется термином патологического аффекта, предлагается название аффекта на патологической почве [441-442]). На основании приведенных соображений следует сохранить название патологического аффекта в том смысле, как оно понимается и применяется до настоящего времени.

Аффекты, развивающиеся у здоровых людей, относятся к физиологическим состояниям, хотя они обусловливаются необычными физическими явлениями и сопровождаются уклонениями от течения душевных процессов при спокойном состоянии душевной деятельности; главное уклонение заключается в том, что при физиологическом аффекте понижается возможность управления и сдерживания своих поступков, понижается способность самообладания; однако, это понижение способности самоуправления не достигает такой степени, как это наблюдается при патологических аффектах, и в этом состоит главное отличие картины физиологического аффекта от патологического; кроме того, для развития физиологического аффекта необходим известный повод в виде внешнего раздражителя или психологического внутреннего, напр., представления, носящего эмоциональный характер. Границы между физиологическим и патологическим аффектом в некоторых случаях бывают настолько неуловимыми и трудно определимыми, что может возникнуть сомнение в правильности той или другой квалификации аффекта.[*]) Так как способность самообладания и управления своими поступками у человека, переживающего физиологический аффект, понижается, то с юридической точки зрения представляется правильным признавать физиологический аффект обстоятельством, уменьшающим или смягчающим ответственность за проступки, совершаемые под его влиянием; такие проступки рассматриваются, как совершенные в состоянии запальчивости и раздражения.

Физиологические аффекты особенно легко проявляются в то время жизни, когда организм человека, включая и центральную нервную систему, находится еще в периоде роста и формирования, а именно у детей и юношей, также в то время, когда нервная система становится менее устойчивой и более ранимой в связи с процессами, хотя и физиологическими, но предъявляющими повышенные требования к организму человека; сюда относятся: период возмужалости, период менструаций, период беременности, родовой период и период кормления; сюда же относится период инволюции или увядания организма, выражающийся у женщин в наступлении климактерия и старости, а у мужчин предстарческий и старческий периоды.

По определению Hoche[**]), под патологическим аффектом подразумеваются такие душевные движения или порывы, которые по своему происхождению, течению и влиянию на общую психическую деятельность представляются болезненными; нередко болезненные уклонения обнаруживаются во всех указанных направлениях.

Выраженный отчетливо патологический аффект характеризуется рядом признаков. 1) Психологический повод, внешний или внутренний, являющийся толчком, вызывающим моментом для развития аффекта,

---

[*]) Krafft-Ebing, 1. с. [438]), стр. 487-493.
[**]) Hoche, 1. с. [216]), S. 453.

может по своей силе и значению совершенно не соответствовать степени и силе аффективной реакции; являясь у душевно-больных одним из выражений их болезненного состояния, результатом патологического процесса, поражающего их нервную систему, патологический аффект у душевнобольных может возникать и развиваться без всякого психологического повода. Для возникновения физиологического аффекта психологический повод необходим, необходима и существенная сила этого повода. Конечно, патологический аффект легко вызывается сильными раздражителями, но в то же время несоразмерность, несоответствие между силой раздражителя и степенью аффективной реакции является его характерным свойством.

2) Патологическому аффекту свойственна резко выраженная и стойкая сосудистая реакция, нередко чрезвычайно продолжительная, характерная для различных направлений аффектов; при физиологических аффектах это явление выражено слабее и не бывает стойким и продолжительным. Расстройство дыхания и усиление или ослабление тонуса поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры при патологических аффектах также выражено резче.

3) Патологический аффект отличается быстрым и бурным развитием и течением; правда, патологические аффекты, характеризующие некоторые душевные заболевания, могут наростать постепенно, но они имеют достаточно отличающих их признаков; физиологические аффекты обычно развиваются с меньшей быстротой, так как переживающий их человек имеет возможность сдерживаться, ему свойственно самообладание; нередко он противостоит ряду раздражителей, подготовляющих его нервную систему к аффективной реакции, вслед за чем какой-нибудь неожиданный, иногда случайный раздражитель, действуя на подготовленную почву, вызывает развитие аффекта. 4) По силе эмоциональной реакции патологические аффекты значительно превосходят силу физиологических аффективных состояний, которые не достигают такой степени своего развития. 5) Патологические аффекты характеризуются более или менее глубоким помрачением сознания; в одних случаях сознание помрачается настолько, что временно почти приостанавливается психическая деятельность, или резко нарушается течение ассоциативных, процессов, возникают отдельные, отрывочные представления без всякой внутренней связи, наступает интеллектуальная атаксия; сознание заполнено переживаемым глубоким чувством; в других случаях сознание бывает не столько помраченным, сколько суженным чрезвычайно значительно; содержание его заполнено лишь крайне ограниченным количеством представлений, имеющих непосредственную связь с раздражителем, вызвавшим аффективную реакцию. Оценка окружающей обстановки и понимание значения и свойства своих поступков при указанном состоянии сознания или совершенно отсутствуют, или представляются в высшей степени недостаточными, почему с юридической точки зрения проступки и преступления, совершенные людьми, находившимися в состоянии патологического аффекта, не вменяются в вину, лица эти признаются судом невменяемыми, патологический аффект обусловливает невменяемость содеянного. Физиологический аффект также сопровождается изменением сознания, но в гораздо слабейшей степени, не исключающей возможности оценки окружающего, понимания значения и свойства своего поведения; возможность направлять и сдерживать свои поступки при этом не исключена, а лишь уменьшена. 6) Патологический аффект характеризуется немотивированными поступками и действиями, иногда недостаточно координированными движениями; это явление находится в полном согласии с помрачением сознания и расстройством психической координации. Обращает внимание бессмысленность поступков и поведения лиц, находящихся в состоянии патологического аффекта, их бесцельная и немотивированная жестокость, кошмарный характер их преступлений. Несоответствие поведения больных с возможными разумными целями присуще патологическому аффекту и выражено при аффекте физиологическом в сравнительно слабой степени. 7) Патологические аффекты могут быть кратковременными, но могут также отличаться весьма значительной продолжительностью; эта продолжительность не только не исчерпывается несколькими днями и даже неделями, но может измеряться многими месяцами, наростая в своей силе, как это бывает, напр., с аффектом тоски в меланхолическом периоде маниакально-депрессивного психоза; физиологические аффекты вообще кратковременны, они сравнительно быстро изживаются, и даже такие тяжелые аффекты, как сильная тоска, вызванная утратой дорогого человека, у людей здоровых довольно скоро переходит в более мягкую эмоцию грусти, лишь изредка обостряясь на короткое время; иногда приходится удивляться, как быстро прекращается аффект бурного отчаяния, сменяясь хорошо выраженным спокойным состоянием. 8) Вслед за бурно протекшим патологическим аффектом наступает истощение физических и психических сил, выражающееся не только общей слабостью и временным упадком душевной деятельности, но даже спячкой, продолжающейся несколько дней. Физиологический аффект таких последствий не дает. 9) Когда человек, переживший патологический аффект, оправляется от его последствий, у него обнаруживается амнезия, которая может распространяться не только на период аффективного состояния, но охватывает иногда и некоторый период времени, предшествующий его развитию, - ретроградная и антероградная амнезия. В зависимости от большей или меньшей степени помрачения сознания во время течения аффекта, амнезия может быть полной или частичной, с сохранением отрывочных, отдельных воспоминаний; в некоторых случаях события аффективного периода постепенно восстанавливаются в памяти, но обычно с существенными недочетами. Состояние физиологического аффекта не влечет за собою амнезии, давая лишь некоторую неточность, дефективность воспроизведений.

Приведенная характеристика достаточно обрисовывает состояние патологического аффекта, как такового, и по сравнению с физиологическим; получается существенная разница; однако, как уже было

замечено, бывают случаи, когда границы между этими обоими состояниями не так отчетливы, когда наблюдаются аффективные состояния, содержащие лишь некоторые черты патологического аффекта, переходные, пограничные состояния; относить такие случаи к состояниям физиологического аффекта было бы неправильным, так как, если в их картину вошли патологические черты, то этим самым исключается возможность признания этих состояний физиологическими: их следует рассматривать, как случаи патологического аффекта, не достигшего полного развития. Отчасти для таких неопределенных состояний предлагается введение понятия аффекта на патологической почве.

Освобождая от ответственности людей, совершивших проступок в состоянии патологического аффекта, их рассматривают, как действовавших в состоянии умоисступления и совершенного беспамятства; главным основанием для этого является изменение и помрачение деятельности сознания, расстройство мышления и последующая амнезия, наблюдаемые при патологическом аффекте.

Чаще всего патологические аффекты наблюдаются у тех больных, заболевание которых связано с преимущественным поражением эмоциональной сферы длительного или временного характера, как маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич помешанных, истерический психоневроз, эпилепсия; другие душевные заболевания также дают почву для возникновения патологических аффектов, но в меньшей степени; сравнительно часто патологический аффект развивается при алкогольном отравлении, в некоторых случаях его развитие вызывается травмой черепа; также подвергаются патологическим аффектам люди, предрасположенные к душевным заболеваниям, носители т. наз. психопатической или дегенеративной конституции, патологические характеры, обнаруживающие явления болезненной неуравновешенности.

Чаще приходится встречаться с аффектами астенического, угнетающего, и смешанного характера, чем со стеническими, возбуждающими; и в смысле столкновений с окружающими и небезопасности для них и для самих больных астенические аффекты по своим проявлениям имеют гораздо большее значение.

Чаще других аффектов приходится наблюдать аффекты тоски, гнева, страха и ужаса; но наблюдаются также и аффекты возбуждающие, стенические, как напр., аффект религиозного восторга или экстаза; аффекты обычно проявляются в направлении, соответствующем настроению больного.

Патологическим аффектом тоски характеризуется т. наз. меланхолическое состояние, status melancholicus, являющееся в большинстве случаев существенной составной частью маниакально-депрессивного психоза, но встречающееся в резко выраженной форме и при других душевных заболеваниях; во время этого аффекта сознание не бывает сколько-нибудь значительно помраченным, но, будучи заполнено одним-двумя представлениями, соответствующими мрачной окраске переживаемого аффекта, оно резко сужено; в связи с наростающим аффектом безнадежной и безысходной тоски у больных появляются мысли о самоубийстве, а иногда о необходимости лишить жизни близких людей, которые все равно должны неизбежно погибнуть; отсюда ясно, что патологический аффект тоски имеет важное практическое значение, и больные, у которых он обнаруживается, нуждаются в самом бдительном надзоре и уходе. Временами течение патологического аффекта тоски, наростая, может обостряться, переходя в бурно выраженный аффект отчаяния, выражающийся в резких двигательных явлениях: больные кричат, рвут на себе волосы, бегают по комнате, рвут на себе платье, царапают себя, нередко увечат; ломают обстановку, бьют стекла, нападают на окружающих; такие аффекты бурно выраженного отчаяния, иногда неожиданно нарушающие течение меланхолических состояний, носят название меланхолических взрывов, raptus melancholicus; обычно взрывы отчаяния не отличаются продолжительностью.

Гневные аффекты обыкновенно встречаются при состояниях повышенной эмоциональной возбудимости и особой раздражительности больных; маниакальный период маниакально-депрессивного психоза, его смешанный период, прогрессивный паралич, токсические и алкогольные психозы часто сопровождаются повторным возникновением этого аффекта; он наблюдается также в продромальном периоде различных душевных заболеваний.

Патологический аффект, ужаса в одних случаях овладевает больными без всякого повода, в виде беспредметного страха и ужаса, напр., в начальном периоде остро возникающих душевных расстройств, при острых инфекционных и эпилептических психозах вместе с помрачением сознания и спутанностью; в других случаях аффект ужаса имеет вторичное происхождение, чаще всего наступая в связи с зрительными галлюцинациями и иллюзиями устрашающего свойства, как это бывает при меланхолических состояниях, алкогольных и эпилептических психозах и других заболеваниях, сопровождающихся галлюцинациями. Аффект религиозного экстаза наблюдается при истерии, при параноидных состояниях религиозного направления и при различных заболеваниях, иногда в связи с появлением галлюцинаций религиозного содержания. Указанными аффектами, конечно, не исчерпываются аффекты, наблюдаемые у душевно-больных; их гораздо больше, они развиваются в тех же направлениях, как и у душевно-здоровых людей, но с большей силой и с большим разнообразием; подробнее, во избежание повторений, их удобнее, рассматривать при изучении отдельных клинических форм. Упомянем еще об отмечаемом некоторыми авторами[*]) патологическом аффекте недоумения; больные, обнаруживающие этот аффект, нередко переживают его весьма мучительно; он выражается в том, что больные не понимают окружающей обстановки и происходящих в связи с нею событий, своей роли и отношения к обстановке и к событиям; их

[*]) Корсаков, 1. с. [227]), Т. I, стр. 238.

недоумение написано на их лице и видно в их жестах: глаза широко открыты, мимика выражает удивление, они пожимают плечами, недоумело покачивают головой; недоумение выражается и в их речах: куда я попал? что со мной? ничего не понимаю! Вот обычные фразы, которые приходится слышать от таких больных. В некоторых случаях аффект недоумения продолжается значительное время; он наблюдается при психастении, маниакально-депрессивном психозе, dementia praecox. Этот аффект развивается в связи с нарушением интеллектуальных процессов, в смысле их полноты и отчетливости, он связан с поражением интеллектуального чувства и близок рассмотренному выше отсутствию или понижению чувства реального; однако, его следует отличать от эмоции, развивающейся в связи с падением чувства реального, хотя эта эмоция тоже нередко переживается весьма мучительно; при аффекте недоумения больные не заявляют о нереальности окружающего, а они не могут понять и осмыслить того, что происходит, и сознание это переживается ими мучительно. Так, напр., один больной с выраженным поражением чувства реального говорил: люди потеряли всякую свойственность, все происходит, как в кинематографе! Другой больной во время аффекта недоумения говорил: люди, как люди, все делается, как следует, а для чего - не понимаю! В одном случае больному представляется окружающее отличным от действительности, невозможным, поддельным, а в другом он мучится непониманием или недостаточным пониманием окружающих событий, реальность которых для него несомненна. Приведем несколько примеров патологического аффекта.

А. В., 38-ми л., женат, машинист на паровом катке; при тщательном исследовании не обнаружено явлений психопатической наследственности среди родственников, сам больной всегда отличался хорошим здоровьем и правильным образом жизни. 1 сентября 1907 г. В. поехал по шоссе на паровом катке; в 6 час. вечера ему пришлось переезжать через реку по мосту, который рухнул под тяжестью 700 пудового катка; по словам свидетелей, во время крушения на больного упала балка, ударившая его по голове; упав в воду, он оставался в воде 10-15 мин., удерживаясь за балки; когда его вытащили из воды и повели в ближайшую деревню, он пришел неожиданно в состояние сильного возбуждения, вырвался из рук провожавших его людей, прибежал обратно к реке и бросился в воду, откуда его снова пришлось вытаскивать. На короткое время сознание больного прояснилось, а затем развился длительный и тяжелый травматический психоз[**]), значительное улучшение которого наступило лишь через несколько лет. - В данном случае патологический аффект, бурно развившийся, выразившийся в возбуждении с помрачением сознания и немотивированном и бессмысленном поведении В. с последующей амнезией (вспомнил впоследствии только треск моста), был вызван травмой головы.

О., 22 г., девица, крестьянка; помещена в лечебницу для испытания умственных способностей; сведений о наследственности нет, но у самой О. обнаруживается концентрация физических признаков вырождения: малые размеры черепа, неправильное расположение ушных раковин, косоглазие, вдавленное, широкое переносье, большой рот с редкими, неправильно расставленными, большими зубами. Неграмотна. Умственно мало развита. Рассказывает, что дома ей жилось плохо, ее часто били родные и окружающие, от плохой жизни и жестокого обращения она часто уходила из дома и по несколько дней пропадала в поле или в лесу. В отделении ведет себя непостоянно: то она тиха, добродушна, ласкова, то раздражительна, легко выходит из душевного, равновесия; иногда под влиянием противоречий и некоторых замечаний очень быстро приходит в состояние гневного возбуждения, становится агрессивной, бьет стекла, кричит, набрасывается на больных и персонал лечебницы; при этом лицо ее сильно краснеет; через некоторое время успокаивается, чувствует сильное утомление, неохотно разговаривает, обычно не помнит даже повода своего возбуждения, о периоде возбуждения и о поступках, совершенных в это время, сохраняется лишь смутное воспоминание. Под суд О. попала за убийство. Соседка О. часто над нею смеялась, дразнила ее и обижала, что делали и другие; однажды они поссорились очень сильно; ссора привлекла несколько человек любопытных; во время ссоры, когда О. была особенно возбуждена, ей попался на глаза трехлетний сын соседки; О. быстро схватила мальчика на руки, побежала по деревенской улице к колодцу, находившемуся за несколько домов от места ссоры, и прежде, чем бывшие на улице люди могли сообразить, в чем дело, она бросила мальчика в колодец; она была сильно возбуждена, кричала что-то, глаза блуждали, лицо было красное; ее схватили, при чем она не обнаружила сопротивления, свели в избу, связали, скоро она заснула. Мальчика почти тотчас же вытащили из колодца, но он был уже мертвым. На суде О. отрицала свое преступление, она жаловалась на плохое обращение с нею окружающих, подтверждала, что ссорилась с соседкой, помнила и начало последней ссоры, но говорила, что никого она в колодец не бросала и не стала бы этого делать, В лечебнице О. также отрицала свое преступление; однако, с течением времени она убедилась, что действительно бросила мальчика в колодец, раз все говорят об этом, очень раскаивалась и жалела о случившемся, мальчик ничего плохого ей не причинил. Реакция раскаяния явилась, видимо, в связи с появившимся смутным воспоминанием. Позднее О., жалея мальчика, еще более жалела себя, говоря, что он лежит в земле, а она должна страдать; изредка поговаривала о самоубийстве. - О. совершила убийство в состоянии патологического аффекта, все типические признаки которого во время совершения преступления были выражены вполне отчетливо; аффективные состояния патологического свойства у О. наблюдались и во время пребывания ее в лечебнице. У О. обнаруживаются явления умственной отсталости.

Krafft-Ebing[*]) приводит случай патологического аффекта значительной продолжительности: Кобил, 24-х-летний писец, отец его странный, вспыльчивый и упрямый человек; дед со стороны отца хронический алкоголик, брат матери отца душевно-больной самоубийца. Два брата К. умерли в младенчестве в конвульсиях, которыми и К. страдал на первом году жизни. Умственно и телесно развивался необыкновенно быстро; отличался раздражительностью, страстностью и заносчивостью, обнаруживал большие странности и своеобразные взгляды на жизнь. Будучи офицером, за денежную растрату был разжалован и заключен в тюрьму; впоследствии не мог устроиться и сильно нуждался, что усиливало его раздражительность, замкнутость и недовольство жизнью. Влюбившись в одну девушку, которая, видимо, ему отвечала, 17 мая он пришел в сильное душевное волнение, заметив, что она предпочла ему другого; 19 мая после

[**]) Шоломович, 1. с. [334]), стр. 543.
[*]) Krafft-Ebing, 1. с. [438]), стр. 497.

двух бессонных ночей, мучимый ревностью, он потребовал от девушки свидания для об'яснений; она старалась уверить его в своей верности. "Но я", говорит он, "не мог принимать ее клятвы за чистую монету и, чувствуя себя оскорбленным, несчастным до последней степени, не имея никаких средств к жизни, стал думать о самоубийстве". Возвратясь докой, К. был сильно взволнован, дико озирался вокруг и разломал стул, ударив им об пол. С 20 - 23 мая его видели прохаживающимся и днем, и ночью около дома, в котором жила девушка. 23 мая он написал ей прощальное письмо, которым извещал ее о своем решении на самоубийство. 24 мая полиция доставила его в больницу. При отсутствии лихорадки, сознание его было глубоко расстроено, на вопросы он не отвечал, а произносил только бессвязные фразы: "если бы у меня была бритва, - дольше я не мог, - она ждет меня, - я должен принести ей букет". Больной хорошо упитан, без физических признаков вырождения, с очень расширенными зрачками и слегка дрожащим языком. 25 мая после бессонной ночи сознание его казалось все-таки менее помраченным, но он не знал, где находится, и порывался уйти. 27 мая быстро наступило прояснение сознания, но с полным отсутствием воспоминания о предшествующих днях; К. помнил только, что 24 мая он, чувствуя себя очень расстроенным, долго прохаживался около квартиры любимой им девушки. Показанное ему письмо к ней он признал за написанное им, но до тех пор о существовании этого письма он ничего не знал и удивлялся высказанным в нем мыслям, которых тоже не помнил. 5-го июня К. был выписан из лечебницы в удовлетворительном состоянии, но 8 июня он был снова доставлен туда после того, как придя в сильное волнение, он побил мать и собирался купить револьвер, чтобы покончить с собой и с любимой особой. На этот раз аффект у К. не доходил до потери сознания; больной был крайне раздражителен, обидчив, неразговорчив и по самым ничтожным поводам впадал в сильное гневное возбуждение, теряя всякое самообладание. Только спустя несколько месяцев систематического лечения у К. установилось относительное душевное равновесие.

Болезненное явление, противоположное увеличенной интенсивности душевного чувства, характеризующей состояние патологического аффекта и заключающееся в слабой, уменьшенной силе чувственных реакций, наблюдается в состоянии болезненного равнодушия или апатии. При этом эмоциональные реакции не только вызываются с трудом или совсем не вызываются вследствие уменьшенной чувственной возбудимости, но и будучи вызваны, они оказываются слабыми и кратковременными. Различного рода известия и события, вызывающие у других людей живые аффективные реакции, как радостные, так и горестные, проходят у них бесследно. Болезненная апатия наблюдается в депрессивных фазах циклотимии, у психастеников, у схизофреников, при органических душевных заболеваниях, как прогрессивный паралич, артериосклеротическое помешательство, старческое слабоумие. Бывают люди апатичные от природы, вследствие свойств своего характера, флегматики; интенсивность эмоций обычно понижается в старческом возрасте; однако, у людей душевно-здоровых апатия никогда не достигает такой степени развития, как в болезненных состояниях.

Кроме болезненного изменения возбудимости и силы чувственных реакций, Bleuler[**]) различает еще аффективную двойственность (Ambivalenz); она наблюдается и при душевном здоровье, хотя и не часто, и выражается в сосуществовании и борьбе противоположных эмоций, напр. желание операции и страх перед нею, ненависть и любовь по отношению к одному и тому же лицу, чувство стыда при половом вожделении; у здоровых людей эта двойственность скоро исчезает, устанавливается эмоция определенной окраски, несколько измененная количественно; напр. любовь уменьшается, ослабевают и другие эмоции; у душевно-больных такая раздвоенность встречается в качестве стойкого явления; напр., больной желает смерти своей жены, но если видит галлюцинаторно жену умершей, то приходит в отчаяние, плачет и смеется в одно и то же время. Рассматриваемое явление встречается главным образом у схизофреников. До сих пор болезненные поражения чувственных процессов рассматривались нами, преимущественно, в количественном отношении; но было указано, что эмоциональные процессы подвергаются болезненным изменениям и с качественной стороны. Качественные изменения, к изучению которых мы переходим, конечно, являются лишь преимущественно или относительно качественными поражениями, имея и количественный характер.

Под качественными изменениями эмоциональных процессов подразумеваются такие изменения, которые выражаются главным образом переменою не в направлении возбудимости или силы чувства, а в направлении его характера, в смысле приятного или неприятного чувственного тона, изменения качества самочувствия и настроения; часть этих болезненных изменений носит ясно выраженный качественно-количественный характер.

Сюда принадлежат болезненные изменения самочувствия и настроения, нервно-психического тона, болезненные изменения приятных и неприятных чувственных реакций, психические идиосинкразии. Настроение может быть болезненно повышенным, экспансивным (hyperthymia); это настроение не вызывается внешними обстоятельствами, как повышение самочувствия и настроения здоровых людей, а развивается и держится нередко вопреки внешним условиям; во всяком случае, вызывающие внешние моменты совершенно не соответствуют степени проявления этого настроения, что доказывает его патологическое происхождение. Болезненно повышенное настроение возникает психологически первично, в прямой причинной зависимости от болезненного процесса, поражающего центральную нервную систему. Это настроение бывает различным по своей степени, стойкости и длительности. Оно может выражаться просто в довольстве самим собой и окружающим, может быть радостным и веселым, сопровождаясь бурными проявлениями, доходящими до уровня аффекта. Болезненно повышенное настроение чаще всего встречается в гипоманическом и маниакальном периоде маниакально-депрессивного психоза, при прогрессивном параличе помешанных у истеричных больных, при интоксикации алкоголем, морфием. К

[**]) Bleuler, 1. c. [376]), S. 92.

болезненно повышенному настроению относится состояние, обозначаемое термином эйфории (euphoria) или состояние блаженства и довольства; оно не выражается просто в хорошем самочувствии, а носит легкомысленно-аффективный характер с некоторыми чертами восхищения: больной выражает крайнее довольство собой, он чувствует себя прекрасно, превосходно, здоровье его не оставляет желать лучшего; его помещение и обстановка восхитительны, пища исключительно хороша, его кормят лукулловскими обедами; лечение действует на него изумительно, уход за ним исключительно хороший; окружающий его персонал лечебницы выше похвалы, врачи замечательные люди. Эйфорическое состояние обыкновенно встречается при прогрессивном параличе помешанных. Болезненно-повышенное настроение не отличается особенной стойкостью и продолжительностью; усиливаясь в своем развитии, оно часто сменяется гневными аффектами с агрессивными проявлениями, нередко переходит в состояние резко выраженного общего возбуждения, достигающего степени неистовства с помрачением сознания; последнее особенно бурно проявляется при прогрессивном параличе и эпилептических психозах.

Настроение противоположное - болезненно пониженное, подавленное (hypothymia, dysthymia) в различных степенях своего развития; оно также носит название угнетенного, депрессивного настроения; оно распространяется в широких пределах от эмоции грусти и печали до выраженного аффекта тоски. Самочувствие больного плохое, он сам плохой, никуда не годится, его житейские отношения и обстоятельства тоже плохи, всюду его преследуют неудачи, все плохо к нему относятся; все представляется больному в мрачном свете. В связи с мрачным настроением развиваются у больных бредовые идеи мрачного содержания, идеи самоунижения, самообвинения, греховности: больной негодный человек, он совершил разные преступления, всю жизнь грешил, напр., на службе мало работал, ничего не делал, обманывал; он великий грешник, через него должны погибнуть близкие ему люди, окружающие, весь мир. Особенно характерным болезненно-подавленное настроение представляется для депрессивного или меланхолического периода маниакально-депрессивного психоза, при котором оно достигает крайней степени развития по силе и продолжительности; оно наблюдается нередко и при других душевных заболеваниях, как психастения, истерия, кататония, прогрессивный паралич, старческие психозы. Некоторые авторы[*]) отмечают, что подавленное настроение психастеников, вообще, не достигающее степени развития, наблюдаемой в меланхолическом состоянии, отличается эгоистическим направлением своего содержания, а у меланхоликов при маниакально-депрессивном психозе - альтруистическим. Как правило, дающее сравнительно мало исключений, подавленное настроение достигает наибольшей степени развития при маниакально-депрессивном психозе.

В связи с подавленным настроением особенно часто развивается аффект тоски, аффект крайне мучительного свойства, в смысле суб'ективных ощущений и переживаний, как уже упоминалось выше, доводящий больных при своем обострении до взрывов отчаяния с проявлениями двигательного возбуждения (raptus melancholicus); особенно мучительным аффект тоски представляется вследствие чисто физических болезненных ощущений, его сопровождающих и известных под общим названием душевной боли, психических невралгий (neuralgia psychica) или психалгий (psychalgia); одна из самых тяжких форм невралгий - пред сердечная тоска (anxietas praecordialis), выражающаяся своеобразными болезненными ощущениями в области груди и ниже: больные жалуются на ощущение давления и сжимания в подложечной области, в области груди; грудь точно в тисках, давит до боли, в груди точно что-то постороннее, кусок дерева, лед, сердце сжимает и давит, точно клещами; хотелось бы вырвать из груди это болящее сердце; при anxietas praecordialis легко, развиваются аффективные взрывы; нередко при этом состоянии больные не находят себе места, вскакивают, бегают по комнате, топают ногами; аналогичные болезненные ощущения нередко распространяются ниже, охватывая всю область живота и отдавая в ноги. Больные стонут от тяжелых, ноющих ощущений, дыхание замедляется, прерывается глубокими вздохами. О развитии аффектов страха и ужаса упоминалось выше.

Настроение может выражаться в эмоциях смешанного характера, напр., быть гневным, капризным, своенравным, оно может носить смешанные черты различных оттенков однородных эмоций, напр., астенического свойства, как это бывает при тревожно-мнительном настроении (Суханов [443]), свойственном психастении. Болезненное настроение может отличаться значительной стойкостью, но может быть также неустойчивым, колеблющимся, изменчивым; нестойкостью и изменчивостью отличается настроение психастеников, истеричных, нередко прогрессивных паралитиков.

Кроме первичного изменения настроения, обусловленного особенностями и свойствами болезненного процесса, у душевно-больных наблюдаются изменения и смены настроений вторичного происхождения, развивающиеся под влиянием различного рода факторов, напр., под влиянием иллюзий, галлюцинаций, бредовых представлений и идей; эти настроения обыкновенно не отличаются стойкостью и продолжительностью, но могут достигать силы резко выраженных аффектов разнообразного свойства.

Одним из характерных свойств болезненных настроений в различных степенях их развития представляется то, что больные оказываются не только мало восприимчивыми к впечатлениям противоположной их настроению окраски, но даже окрашивают воспринимаемые ими впечатления в цвет своего болезненного настроения; при этом впечатления противоположного свойства не только не уменьшают болезненного настроения, но нередко даже его усиливают. Так, больной, переживающий

---

[*]) Pilcz, 1. c. [433]), S. 14.

подавленное настроение, избегает не только веселых впечатлений, но вообще всякого общества, всего, что могло бы, казалось, отвлечь его от тяжелых переживаний; чужой смех, улыбка, бодрый вид другого производят неприятное впечатление на больного, как бы еще более подчеркивая его инвалидность и непригодность; больной, пребывающий в эйфорическом настроении, легкомысленно скользит по впечатлениям печального характера, не придавая им надлежащего значения. Этой неизменяемостью под влиянием внешних обстоятельств, или, по крайней мере, незначительной изменяемостью отличаются описанные патологические настроения от настроений здоровых людей; настроение здорового человека находится в большой зависимости от окружающих событий, с которыми он связан известным интересом, его настроение меняется с переменой впечатлений, его можно развлечь, развеселить, опечалить; патологическое настроение недоступно или мало доступно указанным влияниям. Поэтому нельзя разубедить меланхолика, обнаруживающего бред самообвинения и греховности, нельзя убедить его в том, что он не преступник и не великий грешник, это не приведет к цели, напротив, в результате больной может сделав умозаключение, что настойчивое стремление доказать отсутствие за ним вины, без сомнения, очевидно, вызывается большой его виновностью, его только жалеют, потому и стараются утешить и т. д. Впечатления, чувственный тон которых находится в соответствии с настроением больных, легче воспринимаются ими, легче проникают в содержание их сознания, нередко усиливая их болезненное настроение; это явление может быть обозначено, как односторонняя возбудимость душевного чувства.

К качественным изменениям душевных чувств относится болезненное повышение и понижение приятного и неприятного чувства. Болезненное повышение чувства приятного отчасти уже было рассмотрено, так как оно тесно связано с состояниями повышенного самочувствия и настроения, особенно с состоянием эйфории. Явление повышения чувства приятного обозначается термином hyperhedonia, а понижение чувства приятного обозначается как hypohedonia или anhedonia, в случае полного выпадения приятных впечатлений. Иногда встречается болезненное повышение отдельных чувствований, напр., половая гипергедония, выражающаяся в повышенной возбудимости сладострастного чувства (hyperaesthesia sexualis psychica), гипергедония, связанная с повышением приятного чувства при удовлетворении голода; иногда удовлетворение повышенных приятных чувствований связывается с осуществлением различных извращенных стремлений.

Понижение и ослабление чувства приятного до степени его невозбудимости, притупление этого чувства, свойственно состояниям подавленности и угнетения при маниакально-депрессивном психозе и при других душевных заболеваниях; больные при этом оказываются не только мало восприимчивыми или совсем неспособными испытывать приятные переживания, но даже недоумевают, как они могли раньше их испытывать и как испытывают их другие. Подобно случаям повышения приятных чувствований, их пониженная возбудимость может ограничиваться отдельными их видами, как уже упоминавшееся половое чувство и чувство голода; первое обнаруживается в виде понижения или утраты возбудимости полового чувства (hypaesthesia, anaesthesia sexualis psychica), второе обозначается термином anorexia. В этих случаях акты, связанные у здорового человека с возбуждением приятных эмоций, вследствие болезненного невозбуждения соответствующих эмоций утрачивают свою привлекательность, нередко даже вызывая обратную чувственную реакцию; больной оказывается невозбудимым в определенном отношении; некоторые больные, напр., психастеники, обнаруживают известную нестойкость и избирательность в указанном отношении, напр., половая возбудимость, отсутствующая у них при одних обстоятельствах, может появиться при других, в связи с другим об'ектом; лица, невозбудимые, по отношению к одним сортам пищи, могут обнаруживать аппетит к другим.

По отношению к неприятному чувственному тону, мы встречаемся с более или менее резко выраженным повышением его возбудимости*); она выражается не только усилением реакции на заведомо неприятные раздражители, но нередко раздражители, вызывающие у здоровых людей приятное чувство, у больных вызывают или усиливают существовавший ранее неприятный чувственный тон; такая повышенная ранимость, выражающаяся в развитии болезненно неприятного чувственного тона, носит название повышения психической болевой чувствительности (hyperalgesia psychica), так как подобно физическому повышению болевой чувствительности, это состояние выражается в болевых душевных переживаниях. Некоторые психиатры, как напр., Schule, обозначают аналогичные эмоциональные явления, как психические невралгии (neuralgia psychica). Рассматриваемое состояние наблюдается в меланхолической фазе различных душевных заболеваний, особенно при маниакально-депрессивном психозе; оно бывает также выраженным отчетливо при психастении, на что сами больные обращают внимание, охотно рассказывая о своих тяжелых переживаниях.

К болезненно неприятным эмоциям относятся также душевные переживания, которые могут быть охарактеризованы, как психические парэстезии (paraesthesia psychica); отчасти сюда принадлежит то своеобразное чувство, которое было описано выше, как предсердечная тоска (anxietas praecordialis); кроме того, сюда относится мучительное притупление душевной чувствительности, которое известно под названием anaesthesia dolorosa psychica и которое может быть характеризовано, как парадоксальное притупление душевной чувствительности; существо этого болезненного явления заключается в том, что будучи мало восприимчивыми или даже невосприимчивыми к различным не только слабым, но и сильным

---

*) Корсаков , 1. с. [227]), Т. I, стр. 234.

восприятиям, больные в то же время крайне мучительно и тяжко переживают это; мучительность переживаний усиливается тем, что больные сознают, что те восприятия и впечатления, которые должны находить живой отклик в их душе и раньше действительно его находили, перестали вызывать в них естественную душевную реакцию; они стали глухими и нечувствительными к окружающим событиям, так как хотя они их видят и понимают, но не переживают, точно их сердце заменилось куском дерева, их чувство замерло, окаменело; они перестали входить в интересы и жить жизнью близких, их горе и радость чужды для больных, они утратили способность сочувствовать, сердце их обросло корою; все проходит мимо них, не интересуя их, они чужды событиям, на все они смотрят как бы со стороны. Этот в высшей степени мучительный аффект является частым спутником меланхолических состояний, и, помимо тяжести переживаний его для больного, требует внимательного к себе отношения еще потому, что нередко вызывает со стороны больных попытки к самоубийству; при нем также бывают явления предсердечной тоски, он также приводит нередко к бурным взрывам отчаяния (raptus melancholicus); это болезненное состояние может с небольшими колебаниями продолжаться очень долго - несколько месяцев и даже - около года, а в неизлечимых случаях и значительно дольше.

Все душевные переживания, связанные с развитием душевных болей, часто весьма сильных и тяжелых, превышающих боли физические, могут обозначаться общим термином психалгий (psychalgia).

К качественным расстройствам эмоций относятся психические идиосинкразии*) под этим понятием подразумеваются такие своеобразные индивидуальные особенности психической организации, при которых определенный раздражитель, к которому громадное большинство людей остается равнодушным и безразличным, вызывает развитие бурной душевной реакции. Психические идиосинкразии не связываются неизбежно с душевными заболеваниями, при которых они, как и вообще, встречаются не часто. Известен страх Валленштейна перед криком петухов и Цезаря перед мяуканием кошек. Неправильно относить к идиосинкразиям неприятную эмоцию, наступающую у многих при виде жаб, крыс, мышей, мокриц, пауков и т. под., связанную с распространенным чувством отвращения к этим животным, разве что эмоциональная реакция будет отличаться значительной силой и будет носить избирательный характер. Корсаков относит к психическим идиосинкразиям различного рода фобии, как агорафобия, танатофобия и множество других; далеко, однако, не все случаи фобий могут рассматриваться просто, как психические идиосинкразии; как видно было при изучении их генеза, фобии в большинстве случаев имеют эмоционально-комплексное происхождение, особенно характеризирующее психастению; поэтому отношение их к идиосинкразиям должно быть ограничено до крайности: сюда могут лишь условно причисляться такие случаи эмоциональных реакций, происхождение которых не удается выяснить, и лишь до его выяснения. Гораздо проще обстоит дело по отношению к идиосинкразиям физическим, обнаруживающимся в связи с определенными сортами пищи, лекарственных веществ, в связи с вкусовыми и обонятельными раздражениями, где существо явления сводится к биохимическим влияниям при особой избирательной чувствительности организма; некоторые случаи из числа этих идиосинкразий несомненно связываются с психическим влиянием в форме внушения и самовнушения; так, Dornbluth приводит случай, относящийся к одному из его пациентов, у которого развивалась крапивница, если он ел раков в обществе, но ее не было, если он ел их дома.

С развитием методики изучения комплексов область психических идиосинкразии настолько сузилась, что о ней следует говорить лишь условно. Тем не менее, остается ряд случаев, когда ощущения, сопровождающиеся обычно, как правило, отрицательной эмоциональной реакцией, вызывают в виде исключения приятный чувственный тон и обратно; напр., запах asae foetidae, вкус керосина, поедание различных нес'едобных и обычно неприятных на вкус веществ; но к этому мы еще вернемся ниже. Существенную часть отдела патологии душевного чувства составляет изучение навязчивых, болезненных страхов, фобий, но это было сделано в одной из предшествующих глав.

XXIV.

Воля и волевой процесс. Волевые и психомоторные движения. Порядок изучения болезненных расстройств двигательных актов. Расстройство мотивов поступков; аффекты, аффективная двойственность, симптом последнего слова. Изменение качества мотивов, их падение и повышение. Галлюцинаторные мотивы; навязчивые идеи; бредовые идеи. Расстройства мотивов, связанные с ассоциативной бессвязностью, помрачением сознания и слабоумием. Болезненное расстройство внимания; понижение возбудимости; поражение внимания при астенических состояниях, при пониженной деятельности самосознания. Замедление возбудимости внимания, заторможенность внимания. Повышение возбудимости, отвлекаемость, утомляемость, прикованность или прикрепление внимания; вынужденное внимание. Утрата произвольного мышления; навязчивое или насильственное мышление. Болезненное изменение об'ема внимания.

Выясняя понятие воли и волевого процесса (гл. XIII), мы пришли к заключению, что воли, как особой способности, не существует, что этот термин является обозначением суб'ективно-психологического понятия; внешним выражением волевых актов являются поступки и действия, связанные с движением; не всякое, однако, движение, даже имеющее сложный характер, может быть рассматриваемо, как волевое; волевое движение должно сопровождаться чувством активности, сознаванием производимого движения,

*) Dornbluth, 1. c. [392]), S. 69-76. Корсаков, 1. c. [227]), Т. I, стр. 239.

предшествующим решением произвести движение, установлением представления о цели движения; очевидно, что такому сложному движению или двигательному акту, носящему название действия или поступка, предшествует ряд сложных психологических процессов интеллектуального и эмоционального характера, включаемых в связи с развивающимся при этом чувством активности, произвольности предпринимаемых решений и поступков, усилий и напряжения, в содержание так называемых волевых процессов. Только в соответствии с приведенными предпосылками мы можем пользоваться терминами воля и волевой процесс.

Двигательные акты являются центробежным завершением предшествующего им сложного внутреннего процесса; сложность его может быть весьма различной; только те из двигательных актов могут относиться к волевым, предшествующий которым внутренний или интрапсихический процесс, по выражению Wernicke, сопровождается соответствующими сознаваемыми в большей или меньшей степени суб'ективными переживаниями. Конечно, в основе волевых процессов, как и в основе всей душевной деятельности, лежат биологические процессы; основное движение в форме простого, неосложненного рефлекса, напр., вздрагивание при сильном звуке или замыкание глазных щелей при ярком свете, не принадлежит к волевым поступкам и действиям, так как оно является простой двигательной реакцией на раздражение, которой не предшествует психический процесс, хотя бы в форме лишь представления о предстоящем движении. Инстинктивные и вспомогательные движения также не относятся к числу волевых. Но по мере развития условных или сочетательных рефлексов различной сложности, лежащих в основе протекающих параллельно им психических процессов, развивается и та часть внутреннего или интрапсихического процесса, которая составляет содержание волевого процесса и представляет внутреннюю часть волевого акта, внешним завершением которого является движение в форме поступка или действия.

Сказанным лишний раз подтверждается теснейшая связь между различными сторонами душевной жизни, неотделимость т. наз. волевых процессов от интеллектуальных и эмоциональных; последнее станет особенно отчетливым, если припомнить, какие разнообразные и часто противоречивые решения и намерения принимаются одними и теми же лицами под влиянием различных настроений.

Таким образом, волевые акты в целом состоят из внутренней и внешней части, из волевого процесса и его двигательного выражения - поступка или действия; однако, если мы попытаемся по действиям судить о содержании внутренней части волевого акта, то далеко не во всех случаях нам удается установить те мотивы и побуждения, которые явились в данном случае причиною определенного поступка; мало того, мы встретим целый ряд сложных координированных двигательных актов, которым, казалось бы, должен предшествовать сложный психический процесс, - между тем, такого процесса не оказывается, вследствие чего и отнесение такого рода движений, нередко носящих характер поведения и поступков, к волевым представляется неправильным. Для таких двигательных актов, не связанных с волевыми процессами, как мы условились их понимать, Kleist [444])[*]) предлагает название психомоторных симптомов или психомоторных движений. Естественно, что не всегда бывает легко строго разграничить волевые движения от психомоторных, и встречаются случаи, в которых весьма сходные двигательные проявления обусловливаются причинами совершенно несходными.

Из сказанного вытекает, как это указывалось и раньше, что рассматривая волевые акты, т. е., поступки и действия в целом, нельзя ограничиться изучением только их выразительной части или внешнего движения, но необходимо изучить и внутреннюю часть волевого акта, которая представляется крайне существенной; необходимо изучить мотивы поведения или поступков, необходимо изучить влечения и хотения или т. наз. внутренние поступки; необходимо изучить ту часть внутреннего волевого акта, которая обозначается термином внимания и сосредоточения, которая выражается в т. наз. произвольном мышлении. Поэтому, приступая к изучению болезненных расстройств в области волевых процессов, мы можем рассмотреть их в следующем порядке: расстройство мотивов поступков, расстройство внимания, расстройство влечений; внешние двигательные акты, связанные с этими расстройствами, как таковые, не представляют патологических уклонений, они координированы и направлены на осуществление цели движения, которая достигается; патологической представляется интрапсихическая часть всего процесса в целом, внешняя же часть его является символом, по наличности которого можно бывает судить в значительной степени правильно о паталогических уклонениях во внутренней. Отдельно должны рассматриваться болезненные нарушения психомоторного характера.

Классификация мотивов поведения человека и поступков, характеризующих его личность, приведена в XIII гл. Посмотрим, как изменяются эти мотивы под влиянием болезненных условий и как эти изменения отражаются на поступках душевно-больных.

При описании болезненных эмоций и аффектов было указано, как изменяются под влиянием этих состояний внешний облик больных, их поведение и поступки; все поведение больного, переживающего аффект тоски, гнева, религиозного восторга, радости, и отдельные поступки, выражающие эти аффекты, резко отличаются между собой, и снова останавливаться на их изображении нет основания; неустойчивость настроения, частые его перемены, отражаясь на поведении больного, нередко влекут за собою поступки взаимно противоречащие один другому. Примером сказанному служит поведение истеричных больных и

---

[*]) Kleist развивает учение Wernicke; справедливость требует заметить, что термин психомоторных симптомов применен в психиатрии еще Krafft-Ebing'ом.

поведение больных в различных периодах маниакально-депрессивного психоза. Своеобразная нерешительность в подведении больных наблюдается при отмечаемой Bleuler'ом*) аффективной двойственности (Ambivalenz), свойственной схизофреническим состояниям, когда в душе больного происходит борьба противоположенных эмоций, связанных с известными представлениями; в результате такой борьбы происходит задержка двигательного акта, больной не в состоянии решиться осуществить определенный поступок или осуществляет его в направлении, не соответствующем ожиданиям; в этом состоянии определенный мотив для совершения действия не может получить необходимого преобладания. Напр., больной не может свободно встать или сесть, свободно протянуть руку - он слегка приподнимает или опускает или слегка протягивает и отнимает руку, с трудом высовывает кончик языка и убирает его, беззвучно шевелит губами; повторными внешними раздражениями иногда удается облегчить больному выполнение желаемого действия, напр., повторными требованиями и побуждениями. С рассматриваемой точки зрения становится понятным т. наз. симптом последнего слова (Kleist**); явление это выражается в том, что больной не отвечает на задаваемые ему вопросы, хотя обычно видно, что он делает усилия для ответа, шевелит губами, иногда даже начинает произносить слово, чаще беззвучно; однако, как только врач, прекращая расспрос, отходит от больного, последний произносит одно или два слова успешнее, нередко при этом делая два-три шага за врачом, иногда даже удерживая его за рукав; врач останавливается для продолжения беседы с больным, но больной снова замолкает до новой попытки врача удалиться, когда повторяется прежняя сцена. Очевидно, речевая функция больного находится под большим тормозом, который ослабевает или преодолевается усилением двигательных импульсов в связи с нарастанием эмоции при удалении врача. Психологически явление об'ясняется тем, что больной, отчетливо понимающий предлагаемые ему вопросы, обнаруживает желание на них ответить, но не в состоянии преодолеть встречаемых на этом пути препятствий; уход врача, лишая больного возможности осуществить желаемое, усиливает его эмоцию, облегчая преодоление препятствия, стимулируя решение ответить и облегчая его осуществление; но это продолжается один момент: лишь только эмоция, вызванная удалением врача, уменьшается, больной снова не может говорить, его мотивы вновь оказываются несостоятельными. Чаще всего симптом последнего слова встречается в депрессивном периоде маниакально-депрессивного психоза, иногда при кататонических состояниях.

Условия общественной этики и личной морали, влияющие сдерживающим образом на осуществление поступков, диктуемых низшими чувствованиями, часто нарушаются душевнобольными; это и понятно: духовные идеалы вырабатываются сравнительно поздно и, требуя нередко для своего осуществления самоограничения и самопожертвования, нуждаются для процветания в полноте интеллектуальных и эмоциональных функций; болезненное нарушение этих функций не может не отразиться известным ущербом высших процессов душевной жизни. Изменяется нравственное качество мотивов, оно понижается и падает. Так, маниакальный больной, будучи возбужденным, находясь в гневном аффекте, бранится грубыми словами, оскорбляет и бьет окружающих; иногда от молодых девушек, казалось бы, образцово воспитанных, приходится слышать площадную ругань; это об'ясняется тем, что при отсутствии психической задержки наиболее сильно и долго сдерживавшиеся психологические комплексы легко выходят из несознаваемой области; больной легко решается на воровство, на нарушение половой этики. Чувство любви к жизни, присущее людям, а у людей религиозных поддерживаемое еще представлениями о грехе и ожидающем наказании в загробной жизни, оказывается недостаточно сильным, чтобы предотвратить покушения на самоизувечение и самоубийство у больных, переживающих тяжелые аффекты тоски и отчаяния; в этих случаях дело идет не о падении высшего чувства, а об усилении одних мотивов и перевесе их над другими в состоянии болезненного аффекта. Падение и нарушение высших чувствований и прекращение мотивирования поведения больных связанными с ними представлениями особенно резко выступает в состояниях слабоумия, как dementia praecox, прогрессивный паралич, старческое и артериосклеротическое слабоумие; при хроническом алкоголизме, при состояниях умственного недоразвития этические представления мало влияют на поведение больных, так как эти представления и соответствующие эмоции крайне недостаточны или даже совершенно отсутствуют. В состояниях эмоционального возбуждения, связанного с помрачением сознания, особенно благоприятных для развития аффектов патологического свойства, нравственные мотивы поведения утрачивают свое значение, уступая место низшим чувствам; самые кровавые преступления совершаются в состояниях алкогольного и эпилептического помрачения сознания.

Наблюдаются также и случаи противоположенного характера, именно, случаи болезненного повышения высших чувствований и связанных с ними понятий; вследствие этого качество мотивов, определяющих поведение больного, повышается. Усиленная религиозность некоторых больных, усиленное искание причинной связи между различными явлениями, как это наблюдается при бесплодном мудрствовании, постоянные сомнения в правильности своих поступков и поведения окружающих, настойчивое доискиванье восстановления своих фиктивных прав, как это бывает при сутяжном бреде, - при всех, этих болезненных проявлениях душевной деятельности нельзя не отметить усиления мотивов, связанных с болезненным возбуждением религиозного, логическего и нравственного чувства.

---

*) Bleuler, 1. c. [376]), S. 92.
**) Jaspers, 1. c. [269]), S. 115.

При изучении галлюцинаций говорилось об их об'ективных признаках, т. е. о выразительных движениях и поступках больных, обусловливаемых галлюцинациями; конечно, такие движения, как мимика, жестикуляция, повороты головы в направлении раздающихся галлюцинаторных голосов, двигательные выражения различных переживаемых в связи с галлюцинациями эмоций и аффектов, относятся к психомоторным, рефлекторным движениям и не представляются сознательно мотивированными; но в причинной зависимости от галлюцинаций нередко у больных наблюдается целый ряд поступков и особенностей поведения, обусловленных галлюцинациями, как болезненными мотивами. Так, отказ от пищи может быть связан с неприятными вкусовыми, обонятельными галлюцинациями или слуховыми галлюцинациями запрещающего содержания; под влиянием слуховых галлюцинаций больные иногда обрекают себя на молчание или ведут разговоры с мнимыми собеседниками; мне пришлось в течение нескольких лет наблюдать больную, простаивавшую целыми днями у стены и беседовавшую с находившимися в "полой", по ее мнению, стене своим женихом, капитаном волжского парохода, и двумя его приятелями; наблюдаются случаи покушения больных на убийство и самоубийство, вызванные галлюцинациями; встречаются случаи неподвижного стояния больных на месте, напр., с вытянутыми вдоль туловища руками и приподнятой головой; испытывая галлюцинаторные или иллюзорные кожно-мышечные ощущения, больные оберегают себя от пагубного влияния действующего на них земного магнетизма или электричества и т. под. Поведение больных, обусловливаемое галлюцинациями, носит название галлюцинаторного поведения, отдельные поступки - галлюцинаторных поступков.

Навязчивые идеи и фобии также обусловливают в некоторых случаях поступки, связанные с осуществлением идей или с целью защиты от навязчивой идеи или фобии.

Бредовые идеи также являются источником болезненной мотивировки поступков и поведения больных. Выше уже говорилось об об'ективных признаках бреда; эти признаки и выражаются в особенностях поведения больных. Существо явления представляется совершенно понятным, и мы не будем на них задерживаться; упомянем лишь, что бред больных выражается не только в содержании их речи, особенностях поведения, обращающих на себя внимание, в их рукоделиях и работах, содержании и внешнем виде их рукописей и рисунков, нередко носящих символический характер, но и в отношении к окружающим их лицам и в частности к врачам, с личностью которых часто связывается, по мнению больных, необходимость пребывания их в лечебном заведении. В тех случаях, где бредовые идеи нестойки, преходящи или изменчивы, уход и обращение с больными легче, чем в случаях хронического систематизированного бреда, каждая составная часть которого занимает определенное место и находится в прочной ассоциативной связи с другими отделами бреда; поэтому, если больной пришел к болезненному выводу, что один из врачей лечебницы или кто-либо другой принадлежит к числу его врагов, виновников его заключения, то это является для него непреложной истиной, и он начинает принимать меры защиты от такового лица вплоть до нападения на него и даже покушения на его жизнь; такие больные нередко тщательно скрывают свои бредовые идеи и для выяснения их, весьма существенного не только в теоретическом, но и в практическом отношении, необходимо крайне внимательно следить за поведением и поступками больных, чтобы своевременно обнаружить признаки бредового поведения и бредовых поступков.

В состояниях ассоциативной бессвязности и помрачения сознания у больных не может развиваться правильных мотивов их поведения, так как они лишены возможности логически мыслить и критически относиться к себе и своему поведению, не будучи в состоянии надлежащим образом оценивать значение и свойство своих поступков; мотивы поведения больных могут быть при этом совершенно неожиданного, случайного происхождения. При различных формах приобретенного слабоумия, по мере наростания и развития болезни, упадка интеллектуальных и эмоциональных процессов, приводящего к душевному распаду больного и резкому изменению его личности, обычно приобретают значение мотивы низшего качества, связанные с низшими чувствами; мотивы, связанные с удовлетворением физических потребностей - голода, жажды и полового чувства; мотивы, связанные с приятными физическими ощущениями. Особенной нелепостью поражают поступки больных, обнаруживающих дисгармонию между умственной и чувственной областями душевной жизни, или интрапсихическую атаксию, как это характерно для юношеского слабоумия; напр., одна из таких больных, 16-ти летняя гимназистка, вылезла ночью из окна своей комнаты в квартире родителей, с целью отправиться на свидание с господином, который ей понравился, но не был с нею знаком и никакого свидания ей не назначал; другой больной, вернувшись в лечебницу из отпуска, который он провел в близкой ему семье, вылез в одном белье из окна палаты в сад, с целью снова отправиться к этим знакомым, которые за час до этого сами доставили его в лечебницу. Такие случаи ясно показывают, как изменяются у больных мотивы, определяющие их поведение, и как выступают на первый план мотивы, связанные с немедленным и непосредственным удовлетворением возникающих у них желаний и влечений.

В свое время было выяснено, что под вниманием понимается способность сосредоточения на каком-либо об'екте, вызванного внешним или внутренним раздражениями; что внимание при суб'ективной его оценке бывает произвольным и непроизвольным или активным и пассивным; внимание представляется психически сложным процессом, при чем для его возбуждения впечатления, на которых оно сосредоточивается, должны отличаться определенной яркостью, должны быть окрашены чувственным тоном или представлять известный интерес. Степень или сила сосредоточения есть величина колеблющаяся

и для длительного напряжения нуждается в повторении возбуждающих его моментов; способность длительного удерживания об'ектов сосредоточения в поле ясного сознания, различная у различных лиц, называется устойчивостью внимания, и хорошо развитое внимание заключается в хорошо выраженной способности сосредоточения в сочетании с устойчивостью внимания или в устойчивом сосредоточении, в его цепкости. Слабость и неустойчивость сосредоточения приводит к рассеянности внимания. Мы характеризовали также то суб'ективное состояние, которое приводит к выводу о присущей нам способности произвольного мышления; суб'ективно мы сами направляем свое мышление; это чувство произвольного направления мышления обусловливается возможностью удерживать в течение продолжительного времени в поле сознания определенные господствующие представления, направляющие дальнейшее мышление, и заменять их новыми, направленными к главной цели мышления; оно связано с чувством усилия и напряжения, лежащего в основе произвольного или активного внимания.

При патологических процессах, поражающих головной мозг и нарушающих правильность его функций, функция внимания часто страдает весьма существенно; внимание в патологической душевной деятельности поражается в различных направлениях и в различной степени.

Мы встречаемся с ослаблением, понижением возбудимости или притуплением внимания; это явление известно под названием aprosexia или hyperprosexia, предложенным амстердамским врачей Guye, наблюдавшим понижение внимания при заболеваниях носоглоточного пространства (aprosexia nasalis); впоследствии этот термин вошел и удержался в психиатрии[*]). Понижение внимания наблюдается при слабоумии различного происхождения; возбудимость его падает; представления и более сложные психические образы больных настолько бледны и слабы, что не приобретают достаточно яркой для привлечения внимания больных эмоциональной окраски, не вызывают сколько-нибудь живой ассоциативной реакции; они не вызывают мышления, не занимают заметного места в сознании больного или даже не входят в поле ясного сознания; больной остается к ним безразличным и равнодушным. Страдает не только активное внимание, но и пассивное внимание представляется мало возбудимым; обращенные к больному слова остаются без ответа или ответ получается односложный, некстати, указывающий, что больной не усвоил и даже не понял вопроса. Такие больные нередко остаются равнодушными к тяжелым событиям, которые обычно оказывают на здоровых людей потрясающее влияние, как напр., опасная болезнь, смерть или неожиданная гибель дорогих лиц. Физические ощущения, как боль, внезапные шумы и звуки, блестящие предметы, с большей легкостью привлекают внимание в указанном направлении при органических заболеваниях головного мозга, как прогрессивный паралич, артериосклеротическое и старческое слабоумие, а также юношеское слабоумие. Самые различные степени понижения внимания, от легкой недостаточности и почти до полного отсутствия, наблюдаются в случаях прирожденного умственного недоразвития, начиная от полной идиотии и до легкой умственной отсталости. Конечно, во всех указанных случаях страдает способность сосредоточения, которой не удается вызвать; о сколько-нибудь удовлетворительной устойчивости внимания во многих из этих случаев не может быть и речи.

Поражение внимания у слабоумных, т. е., людей, обнаруживающих падение живости и силы эмоциональных и интеллектуальных процессов, вполне понятно; но не только эти больные страдают понижением внимания; на расстройство внимания жалуются лица, которые не могут быть причислены к слабоумным, что доказывается уже тем, что эти лица сами анализируют свое психическое состояние и нередко разбираются очень удовлетворительно в своих переживаниях. Это больные, нервная система которых находится в астеническом состоянии, в состоянии истощения; это состояние можно сравнить с сильно выраженным утомлением здоровых людей, для которого характерны жажда отдыха и покоя, полное нежелание заниматься чем-нибудь и даже думать о чем-либо; нередко утомленный человек даже не сразу усваивает то, что ему говорят; нечто подобное наблюдается временами у истеричных больных, представляется одним из постоянных симптомов у психастеников, нередко встречается в периоде выздоровления от перенесенных душевных заболеваний; не только, однако, душевным заболеваниям свойственно это явление, - оно характерно также для состояний общего упадка питания и анемии, для периода выздоровления после различных тяжелых болезней. Эти состояния характеризуются апатией и безволием (abulia). Больные заявляют, что им трудно думать, соображать, что это настоящее мучение, что они не могут сосредоточиться на самых простых и понятных идеях, они не могут внимательно прочитать нескольких строк, не могут усвоить их содержания, должны перечитывать одно и то же по много раз, точно они отупели и ничего не понимают; мысль их слишком легко отвлекается в сторону от об'екта внимания. В этих случаях существо явления заключается не столько в функциональном понижении возбудимости внимания, в затруднении сосредоточения, сколько в понижении его цепкости, в нарушении устойчивости внимания; это видно из того, что при психастении и других упомянутых состояниях пассивное внимание страдает в меньшей степени; от поражения внимания при слабоумии, проявляющегося в его невозбудимости, тупости, это астеническое понижение внимания отличается еще тем, что при усилии со стороны больного, при посторонней помощи сосредоточить внимание удается, но обыкновенно на непродолжительное время. Также при травматическом психоневрозе сосредоточение внимания и его устойчивость, по сравнению со здоровыми, представляются значительно пониженными[446]). Из нервных заболеваний, как правило, страдает внимание при chorea minor. Кроме указанных случаев, возбудимость и

---

[*]) Janet, 1. c. [416]), p. 112. Arnaud, 1. c. [409]), p. 699. Цитир. по Riviere[445]).

устойчивость внимания падает в состояниях понижения деятельности сознания, как, напр., просоночное и сноподобное; сюда относится нарколепсия или патологическая спячка (Gelineau [447]), выражающаяся в стойкой наклонности к засыпанию и в действительном засыпании даже при самых неудобных условиях; это не есть самостоятельное заболевание, а один из существенных симптомов различных болезней, связанных с нарушением обмена веществ в организме и расстройством внутренней секреции, с аутоинтоксикацией и интоксикацией и поражением центральной нервной системы.

Иной оттенок по сравнению с понижением или притуплением возбудимости внимания носит замедление его возбудимости, наблюдаемое у депрессивных больных и у кататоников; при этом сосредоточение происходит с заметным затруднением, но устойчивость внимания поражается в меньшей степени; это видно из того, что при беседе с такими больными они дают совершенно правильный ответ на первый вопрос в то время, когда собеседник, утратив надежду на получение ответа, предложил им еще два или три вопроса. Kraepelin[*]) выделяет заторможенность внимания, подразумевая под этим болезненное, как бы намеренное, подавление сосредоточения со стороны больных, воспринимающих раздражение, но сопротивляющихся внешнему воздействию; это явление наблюдается при кататоническом ступоре и относится к негативизму больных (см. ниже). Заторможенность внимания следует отличать от его замедления, так как первое явление заключается в болезненном подавлении воспринимаемого, а второе в медленном наростании возбудимости, часто вопреки усилиям больного; замедление внимания наблюдается в связи с замедленным течением других процессов душевной жизни, особенно интеллектуальных; конечно, торможение процесса имеется и в этом случае, но я намеренно воспользовался термином "замедление", чтобы не вводить неясности в понятие "заторможенность" Kraepelin'a. Для явления, обозначенного мною, как замедление внимания, Kraepelin предлагает выражение "задержка" внимания, но мне кажется, что термин "замедление", как обозначающий свойство развития и течения процесса, представляется более точным; кроме того, под задержкой или задерживанием внимания можно понимать и усиление его стойкости и устойчивости. Внимание, стойко сосредоточенное в определенном направлении, бывает труднее возбудимым в другом; особенно это бывает выражено в патологических случаях; внимание меланхоликов, болезненно связанное бредовыми мыслями о греховности или собственном ничтожестве, трудно, а иногда и невозможно заставить сосредоточиться на чем-либо другом.

Явление противоположное пониженной возбудимости внимания есть повышение или оживление его возбудимости hyperpresexia; это наблюдается при состояниях общего возбуждения больных, при состояниях маниакального возбуждения; при легких степенях маниакального возбуждения сосредоточение происходит чрезвычайно легко, но оно не представляется достаточно глубоким и сильным, напротив, отличается поверхностным характером; стойкость его при этом обыкновенно ничтожна внимание неустойчиво и очень легко переходит с одного предмета на другой; преобладает пассивная возбудимость внимания, легко привлекаемого каждым новым, случайным впечатлением; при ускоренном течении и наплыве представлений они не задерживаются в сознании больного, у него не вырабатывается стойких, руководящих представлений, которые быстро сменяются новыми, постоянно прерываясь еще случайными впечатлениями; такой постоянный переход внимания к новым представлениям носит название отвлекаемости внимания. Повышенная возбудимость внимания при условии его неустойчивости и оталекаемости весьма непродуктивна для мыслительной работы, что видно из того, что маниакальные больные, затронув в своей речи какую-нибудь тему, быстро и легко переходят к другой и третьей, много говорят, но не доводят своей мысли и речи до логического конца. При усилении маниакального состояния, неустойчивость и отвлекаемость внимания еще более наростает, в результате чего получается речевая бессвязность. Маниакальный период маниакально-депрессивного психоза и маниакальный период начала прогрессивного паралича и период возбуждения при отравлении алкоголем служат примером сказанному. Неустойчивость и отвлекаемость внимания наблюдается также при истерическом психоневрозе и психастении, у здоровых людей в состоянии выраженного утомления.

Затрудненное сосредоточение при малой устойчивости и цепкости наблюдается при повышенной утомляемости внимания, представляющей обычное явление при органических душевных заболеваниях и при психастении.

При состоянии схизофренического ступора внимание может в течение продолжительного времени удерживаться на одном представлении не потому, что оно вызывает у больного живой интерес, а потому, что течение психических процессов у таких больных бывает замедленным иногда до полной приостановки; поле сознания вследствие этого крайне сужено, нередко до степени моноидеизма; Bleuler[**]) обращает внимание, что схизофреник может сосредоточиваться чуть не пол дня на какой-нибудь ниточке, но так как его эмоциональные и интеллектуальные процессы выражены слабо, то это продолжительное сосредоточение является поверхностным, оно неглубоко и непрочно, и внимание больного может легко отвлечься в направлении другой подобной же мелочи.

Отвлекаемость внимания в легкой форме обнаруживается и у людей душевно здоровых, как прирожденное свойство личности под названием рассеянности.

---

[*]) Kraepelin, 1. c. [288]), стр. 174.
[**]) Bleuler, 1. c. [376]), S. 94.

Повышение возбудимости внимания обнаруживается не только в смысле легкой возбудимости и его сосредоточения при условии неустойчивости и повышенной его отвлекаемости, как это наблюдается у маниакальных больных; напротив, как у здоровых, так и у душевно-больных в особенности мы встречаемся с явлением повышенного сосредоточения при условии более или менее значительного повышения его устойчивости или цепкости, которая может достигать, по выражению Kraepelin'a, степени скованности внимания; точнее было бы обозначить это явление, как прикованность или прикрепление внимания. В состоянии душевного здоровья прикрепление внимания к определенной идее встречается у мыслителей, у изобретателей, упорно думающих в направлении господствующей в их сознании идеи; сильно поразившее человека впечатление, особенно, связанное с значительной эмоциональной реакцией, прочно приковывает внимание, как это наблюдается при постигшем человека горе; внимание при этом оказывается настолько крепко зафиксированным, что лишь с большим трудом удается отвлечь его в сторону. В патологической душевной деятельности стойкое прикрепление внимания представляется характерным для депрессивных состояний с выраженным аффектом тоски и бредовыми идеями: внимание прочно и стойко прикрепляется к этим идеям, заполняющим все его содержание и об'ем; в некоторых случаях такая фиксация настолько устойчива, что изменить направление внимания совершенно не удается, в этих случаях выступает пассивный характер сосредоточения. Резко повышенным прикрепление внимания представляется в состоянии экстаза с зрительными галлюцинациями, неподвижным созерцанием которых больные иногда занимаются многими часами; вообще, галлюцинации большею частью сильно приковывают внимание больных. Систематизированные бредовые идеи также прочно владеют вниманием больных.

Сильно и прочно фиксируется внимание навязчивыми представлениями и идеями; если при депрессии и галлюцинациях сами больные не переживают пассивного характера возбуждения их внимания, то при навязчивых идеях эта черта выступает с особенной рельефностью и обычно отмечается самими больными; они и рады бы думать о чем-либо другом, но навязчивая мысль сама лезет в голову, и им не удается от нее отделаться, несмотря на все усилия; такое пассивное возбуждение сосредоточения внимания и его прикрепление правильно обозначить, как вынужденное или принудительное внимание.

При рассмотрении субъективного чувства произвольного мышления было указано, что оно обусловливается ясным сознанием цели, к которой направлено, в связи с переживаемым чувственным интересом, а особенно тем чувством усилия и напряжения с его колебаниями, которое сообщает характер активности процессам сосредоточения, а следовательно, и мышлению, произвольный характер которого немыслим без наличности переживания чувства активного, произвольного внимания. При болезненном поражении чувства активного внимания приходится слышать от больных жалобы на утрату ими способности произвольного мышления. Чаще всего это наблюдается в состоянии маниакального возбуждения при ускорении течения и наплыве представлений и идей; в легких случаях маниакального возбуждения, при т. наз. гипоманическом состоянии, больные испытывают облегченное течение идей, легкость ассоциативного процесса, им легко думается; но по мере развития маниакального состояния условия меняются: больные утрачивают способность управлять своими мыслями и направлять их течение, возникающие представления настолько мало задерживаются в сознании больного, сменяясь все новыми и новыми, что процесс сосредоточения не может достигнуть заметного развития, несмотря на все усилия больного; вследствие этого у больного не возникает чувства произвольного мышления, и он выражает это заявлением, что мысли проносятся в его голове помимо его воли, желания и участия. В легкой степени маниакального возбуждения и при возбуждении в начале алкогольного отравления развивается усиленная говорливость при ускорении и облегчении течения идей; в это время больные нередко получают впечатление облегчения и усиления произвольного мышления, однако, правильность этого суб'ективного заключения оказывается иллюзорной.

Другой случай жалобы на утрату способности произвольного мышления связывается с упоминавшимся выше вынужденным вниманием; не отдельные представления или идеи навязчивым, насильственным образом владеют вниманием больного, а ряд идей более или менее связанных между собой вторгается в сознание больного, фиксируя его внимание; иногда больному удается на время отвлечься от этих идей, но появляются новые идеи, снова овладевающие больным помимо его активного участия; в результате развивается явление, известное под названием навязчивого или насильственного мышления. Насильственное мышление может являться источником бредовых идей о вкладывании чужих мыслей, о влиянии на расстоянии при посредстве гипнотического внушения, телефонов и других способов. Насильственное мышление наблюдается при dementia praecox, особенно при параноидных разновидностях этой формы. Об'ем внимания у душевно-больных претерпевает изменения главнейшим образом в направлении его уменьшения и одностороннего напряжения; содержание сознания меланхоликов, будучи определенного направления и аффективной окраски, приковывая внимание, делает крайне трудной и даже невозможной его отвлекаемость в ином направлении, оставляя его более возбудимым в направлении господствующих представлений; об'ем внимания слабоумных бывает ограниченным в резкой степени; в крайних степенях развития органических заболеваний, как прогрессивный паралич, сифилис мозга, артериосклеротическое и старческое слабоумие, он нередко бывает ограниченным так же резко, как при формах прирожденного слабоумия и идиотии. В состоянии аутизма при юношеском слабоумии, когда все содержание сознания часто исчерпывается одной идеей или представлением (monoideismus), весь об'ем внимания измеряется этим представлением; наконец, когда в состоянии ступора происходит задержка и остановка течения психических процессов, когда в сознании отсутствует содержимое, а внимание не представляется возбудимым пассивно, об'ем внимания может временно оказаться нулевым.

XXV.

Болезненное расстройство влечений. Ослабление влечений и его выражение; примеры; абулия при

душевных заболеваниях. Усиление влечений; настойчивость в достижении цели. Влечения маниакальных больных. Навязчивые влечения и насильственные поступки; примеры. Различные виды насильственных и непреодолимых влечений. Влечение к воровству, к убийству, к самоубийству; влияние примера, случаи множественных самоубийств; влечение к самоистязанию, к грызению ногтей, к выщипыванию волос; влечение к наркотическим средствам, к пьянству, к бродяжничеству, ко лжи, к покупкам, к еде; кликушество. Извращенное влечение к пище, влечение к нес'едобным веществам. Влечение к животным. Импульсивные действия и поступки. Тики. Эмирячение.

Болезненные расстройства влечений выражаются в количественном и качественном отношении: может нарушаться сила влечений и их нормальные свойства, может быть болезненно измененным существо влечения, присущий здоровым людям характер его об'екта; таким образом, мы встречаем болезненное ослабление, болезненное усиление и болезненное извращение влечений; все эти три вида расстройства влечений проявляются с различной интенсивностью, в одних случаях они выражены резче, в других слабее и известны под названием абулии, гипербулии и парабулии.

Абулия, состояние безволия, связанное с ослаблением влечений, не представляется самостоятельным заболеванием, а имеет лишь симптоматическое значение, как и другие болезненные поражения в этой области; она связывается со слабым развитием эмоциональных процессов и может носить общий или частичный характер. Чувство лени, нерасположения к умственному или физическому труду, обусловленное утомлением, откладывание дела в долгий ящик, неосуществление самых обычных намерений, нерешительность в поступках являются частыми примерами абулии, наблюдающейся у здоровых людей; однако, у здоровых людей такие состояния развиваются лишь временно, прекращаясь после отдыха или с изменением настроения; более или менее постоянный характер безволия служит признаком его патологического происхождения; встречаются люди, у которых слабоволие, влекущее за собою бездеятельность, нерешительность, нестойкость в преследовании определенных целей, составляет прирожденное свойство, характерную черту их личности, давая основание причислять их к людям с патологическим характером; абулия является постоянным свойством, отличающим их от здоровых людей и заставляющим включить их в область патологии; но наблюдаются многочисленные случаи, в которых безволие, представляясь лишь одним из проявлений болезненного нарушения душевной деятельности, проходит вместе с улучшением болезненного процесса и с выздоровлением больного; в числе других болезненных симптомов, безволие может являться в качестве прирожденного или приобретенного состояния, в качестве явления преходящего или постоянного.

Абулические состояния носят различный характер; абулия может выражаться в общей слабости, нежелании какой-либо умственной или физической работы, отвращении и страхе перед нею, трудном выполнении ее или даже невозможности ее выполнить; абулия выражается в недостаточном самообладании и управлении своими страстями, влечениями и настроениями; в недостаточной прочности и самостоятельности принимаемых решений, чрезмерной уступчивости и подчиняемости посторонним влияниям и внешним обстоятельствам; в индифферентизме, равнодушии, недостатке инициативы, в недействительности таких возбудителей, как честь, слава, возможности обладания чем-либо, интересы отечества, семьи, личного блага и др.; больной понимает значение всех этих возбудителей, но он не в состоянии реагировать на них действием, у него не хватает энергии; в изменчивости, непостоянстве и неустойчивости принимаемых решений, в неосуществлении, откладывании их выполнения, в недоведении до конца; в нерешительности и колебании, доходящих до степени невозможности принятия определенного решения [*]) [448]). С психологической точки зрения абулические явления обусловливаются слабостью психических процессов, их количественной недостаточностью или задержанным течением.

Примерами абулии является невозможность вставания с постели, откладываемого с часа на час (атремия), невозможность одеться (anesthia), подняться со стула или с кресла, встать и уйти, закончив посещение, взойти на лестницу (ананастазия или ананабазия), невозможность написать письмо, подписать свое имя (anupographia), невозможность произвести какой-либо привычный акт или профессиональное действие[**]).

Абулические состояния наблюдаются при развитии астенических аффектов тоски и страха, задерживающих проявления движения и течения волевых процессов; поэтому, они свойственны душевным заболеваниям, сопровождающимся развитием этих аффектов, особенно депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза, циклотимии, периоду депрессии при прогрессивном параличе и других душевных расстройствах; с значительной яркостью и отчетливостью выступают абулические явления при психастении, где они часто достигают крайней степени своего развития, проявляясь в форме резко выраженной апатии и равнодушия; они наблюдаются при истерии, составляют характерный признак травматического невроза; связанность двигательных актов в состояниях ступора кататоников и задержка двигательных процессов при депрессии также представляются часто непреодолимыми двигательными импульсами со стороны больных; также слабоумные больные, как имбецилы, больные преждевременным слабоумием или слабоумием при органических заболеваниях головного мозга, обнаруживают абулические проявления, обусловленные

---

[*]) Janet, 1. с. [394]), р. 335-353.
[**]) Arnaud, 1. с. [409]), р. 700-701.

малым количеством и слабостью возникающих у них влечений; наконец, безволие является одним из постоянных спутников хронического отравления различными наркотическими ядами, как алкоголь, эфир, опий, гашиш, морфий, кокаин, и др. В некоторых случаях абулические состояния проявляются настолько сильным упадком волевых импульсов, что больные могут говорить лишь с большим трудом, слабым голосом, односложными словами или самыми короткими фразами и даже совсем замолкают, избегая тех незначительных усилий, которые необходимы для речевого акта. В других случаях они отказываются от пищи (anorexia), так как их пугает необходимость выполнения действий, связанных с приемом пищи; во всех подобных случаях нужно различать отказ больного от известного действия или поступка, проистекающий из слабости волевых процессов, от отказа, обусловленного галлюцинациями (напр., трупный запах, возникающий при виде пищи), бредовыми идеями, состоянием негативизма и связанности (см. ниже), более или менее настойчивым, патологическим желанием похудеть, отсутствием аппетита при анэстезии слизистой оболочки желудка, различного рода фобиями, связанными с осуществлением того или иного поступка, как напр., боязнь проглотить вместе с пищей острый предмет.

Усиление влечений и хотений обнаруживается при патологических условиях в различных проявлениях. При некоторых душевных заболеваниях определенная цель настолько поглощает больного, настолько захватывает все его интересы, содержание его сознания настолько заполняется ею, что действия больного представляются направленными почти исключительно к ее осуществлению; аналогичное явление наблюдается у душевно-здоровых людей, поглощенных осуществлением какого-либо изобретения, находящихся на пути к какому-нибудь открытию, осуществляющих новую идею, предприятие; примером могут служить люди, стремившиеся упорно, превозмогая всевозможные неудачи, к открытию новых земель, северного полюса. Среди душевнобольных такой исключительной настойчивостью в достижении своих патологических целей отличаются параноики, люди, страдающие первичным сумасшествием, болезнью, выражающеюся в развитии систематизированного бреда различного содержания и направления; значительная часть жизни таких больных бывает посвящена разоблачению и выяснению преследующих их тайных и явных врагов и мнимых организаций, при чем дело иногда доходит до покушений на жизнь мнимых виновников их несчастий; они посвящают все свои силы и средства на осуществление патологических изобретений, в большинстве случаев не имеющих под собою рациональных оснований, или имеющих основания, понимаемые с точки зрения болезненного извращения; иногда больные до старости ходят по судебным инстанциям и различным присутвенным учреждениям, восстанавливая свои фиктивные права или мнимо попранную справедливость.

Под влиянием бредовых идей и галлюцинаций, как уже упоминалось, развиваются особенности в поведении больных, напр., в виде отказа от пищи или враждебного отношения к определенным лицам; эти особенности иногда сохраняются с большим постоянством, обусловливаемым стойкостью бредовых или галлюцинаторных явлений; чрезвычайным упорством характеризуются болезненные стремления больных, развивающиеся в меланхолических состояниях и проистекающие в непосредственной зависимости от аффектов тяжелой, беспросветной тоски и ужаса, овладевающих больными; мрак отчаяния охватывает больных, у них развивается отвращение к жизни, тоска и скука к жизни, taedium vitae, имеющая своим последствием постоянные, чрезвычайно упорные и иногда почти непредусматриваемые покушения на самоубийство, tentamenta suicidii; в одних случаях эти попытки удается предотвратить, особенно в специальных лечебницах для душевно-больных, в других они заканчиваются более или менее тяжкими последствиями, иногда выражаются в жестоком членовредительстве, а иногда влекут за собою смертельный исход; больные, все мысли которых направлены на придумывание способов самоубийства, бывают в этом отношении чрезвычайно изобретательными; иногда им удается обмануть бдительность персонала лучших лечебниц.

Одна больная сделала попытку самоудавления веревкой, сплетенной из собственных волос и была спасена лишь благодаря опытной сиделке, которая обратила внимание на необычайные движения больной под одеялом, быстро сдернула его и, увидев волосяной шнурок на шее задыхавшейся больной, перегрызла его зубами. В одном случае больной вскрыл себе лучевую артерию обломком крышки тонкого жестяного портсигара. Известен случай, в котором больной покончил с собой в лечебнице следующим исключительным способом: он лег под кровать, приподнял ее и, поставив одну из ножек кровати на область своего сердца, надавил кровать на себя; сердце было поранено, и больной погиб. Когда в 1917 году в Петрограде, вследствие недостатка топлива, прекратилось ночное освещение зданий, покушения на самоубийство среди душевно-больных участились, так как заменявшее электричество освещение свечами и лампами было крайне недостаточным, и лечебницы погружались в относительный мрак, чем иногда и пользовались больные.

В состояниях маниакального возбуждения больные обнаруживают усиленную подвижность, развивают суетливую и непоследовательную деятельность, очень легко поддаваясь возникающим у них многочисленным и разнообразным, непостоянным и изменчивым влечениям; рассматривать эти влечения и их осуществление исключительно с точки зрения усиления волевых импульсов и особенно, как результат настойчивости в преследовании определенных целей, неправильно, так как в маниакальных состояниях в связи с наплывом идей и облегченным их течением мы встречаем уменьшенное влияние задерживающих психических процессов, вследствие чего возникающие у больных желания и влечения легко и быстро переходят в действие, в значительном числе случаев отличаясь импульсивным характером; кроме того, вследствие отвлекаемости таких больных, их влечения очень непостоянны.

В свое время мы подробно остановились на рассмотрении навязчивых явлений в форме навязчивых представлений и идей и в форме навязчивых страхов и фобий; тогда же было указано на тесную связь этих явлений с навязчивыми или насильственными влечениями и действиями, рассмотрение которых было отложено ради практического удобства. Под навязчивыми влечениями и поступками подразумеваются такие, которые овладевают больным независимо от его желания, неуместность и ненормальность которых нередко сознается им самим, с осуществлением которых он часто борется всеми силами, но не всегда успешно; подобно навязчивым представлениям, навязчивые влечения во многих случаях воспринимаются больными в качестве несвойственных, чуждых их мышлению явлений, и возникают приступами. Одни из навязчивых влечений и действий развиваются, как естественное последствие навязчивых представлений, в виде желания осуществить навязчивую идею, при чем у больного бывает надежда, что осуществлением желания облегчится навязчивое явление; в большинстве случаев такие влечения не осуществляются, особенно при их неуместном характере, как напр., навязчивое влечение уронить бинокль в партер зрительного зала или влечение громко выбраниться в большом собрании; чаще всего в таких случаях борьба с осуществлением навязчивых влечений идет успешно, и противоположные представления, связанные с ожиданием неприятных эмоций и переживаний, побеждают; если этого не происходит, то нередко больные с успехом заменяют недопустимый общественной этикой поступок каким-нибудь другим, более невинного свойства, напр., вместо крика ограничиваются покашливанием или вместо бросания бинокля роняют, как бы случайно, афишу; в случае невозможности справиться с мощно развивающимся влечением, они просто бегут из неподходящей для них обстановки; наконец, наблюдаются случаи, в которых больной не выходит победителем из тяжелой борьбы, и навязчивое влечение осуществляется, несмотря на все неподходящие условия; обыкновенно, вслед за этим больные в течение некоторого времени испытывают чувство значительного облегчения. В других случаях насильственное влечение с такою силой овладевает больным, что почти не оставляет места для борьбы с ним, напротив, все помыслы больного направляются на осуществление этого влечения, несмотря на неуместный характер явления, идущего в разрез с этическими представлениями и даже преступного; необычайною силою отличаются насильственные влечения, связанные с бурно выраженными аффектами, особенно, развивающимися в непосредственной зависимости от низших чувствований, как половое чувство и чувство голода. В подобных случаях самое влечение, как таковое, выступает на первый план, вытесняя предшествующее ему навязчивое представление, затушевывая его, отводя ему как бы второстепенное место; это дает основание некоторым авторам говорить об идиопатически, самостоятельно возникающих навязчивых или насильственных влечениях, что не представляется правильном при строгом анализе явлений[*]). Как например вынужденных действий, обусловленных навязчивыми представлениями и фобиями, нужно указать на сосчитывание попадающихся, хотя бы случайно, цифр окон в домах, перекладин, на перечитывание вывесок, прочитывание встречающихся слов в обратном порядке, постоянное мытье рук при боязни загрязнения и многие другие поступки больных.

Поучительные случаи вынужденных действий приводит Эрлицкий[*]).

Один из его пациентов, отправляясь на службу, ежедневно испытывал влечение громко крикнуть на улице; не будучи в состоянии бороться с этим влечением, он старался зайти или заехать в какую-нибудь пустынную улицу, где никто не помешал бы ему удовлетворить свое непреодолимое влечение; если выполнение вынужденного действия удавалось больному, это доставляло ему хорошее самочувствие на целый день; если же встречалась помеха и крикнуть ему не удавалось, то настроение его было испорчено, и даже обычная работа шла у него плохо.

В другом случае дело шло о прекрасно воспитанной, светской барышне, у которой в периоде полового созревания появилось непреодолимое стремление наговаривать на себя разные небылицы по поводу своей нравственности; сначала она сообщала эти ложные сведения ближайшим родственникам и подругам, а затем стала обращаться к мало знакомым лицам, которых она случайна встречала в обществе, не исключая мужчин; сначала она ограничивалась намеками на свое безнравственное поведение, затем совершенно определенно рассказывала, что она проститутка, доступная каждому за дешевую плату, что она воровка, пьяница; она не ограничивалась словами, но писала о себе записки такого же содержания, подписывая их своим именем и разбрасывая их всюду, где только их могли заметить и прочитать; больная прекрасно понимала болезненность своего поведения, часто непоправимый вред, который она себе причиняла; она рыдала от отчаяния, видя горе своих близких и то ужасное впечатление, которое производили ее лживые рассказы, она призывала все усилия воли, но непреодолимые патологические влечения оказывались сильнее.

Непреодолимые болезненные влечения чрезвычайно многочисленны и разнообразны; нет надобности перечислять их во всей их полноте, да это и невозможно, так как время от времени появляются и будут появляться новые казуистические сообщения с описанием своеобразных разновидностей в этом направлении; важно иметь надлежащее представление о существе и характере явления чтобы оценить его соответствующим образом; поэтому мы ограничимся перечислением и описанием наиболее распространенных и имеющих важное практическое значение разновидностей. Сюда относятся cleptomania или болезненное влечение к воровству, pyromania или влечение к поджогам, homicidomania или влечение к

---

[*]) Thomson, 1. c. [354]), S. 384.
[*]) Эрлицкий, 1. c. [13]), стр. 98.

убийству, suicidomania или влечение к самоубийству, влечение к самоизувечению и самоистязанию, dipsomania или влечение к опьянению спиртными напитками, narcomania или влечение к самоотравлению различными наркотическими и возбуждающими веществами (aetheromania, morphinomania, cocainomania и др.), vagabundo-, dromo-, poriomania или влечение к бродяжничеству, mythomania или влечение к обману и лжи, oniomania или влечение к покупкам, влечение к коллекционированию и собиранию различных предметов; влечение к разного рода непристойностям, как писание и рассылка анонимных писем; exhibitionismus - показывание половых органов или обнажение их при лицах противоположного пола, misanthropia или избегание общества, вследствие неприятного самочувствия во время пребывания в обществе, влечения к уединению, sitiomania, esthiomania или влечение к чрезмерной еде, soophylia или влечение к животным, в смысле чрезмерной любви к ним, и др.[**])

Сила всех перечисленных болезненных влечений может достигать чрезвычайной степени развития; больные могут сознавать неудобство, вред и преступность, связанные с их осуществлением, нередко всячески борются с ними, в результате чего влечения так и не выходят из пределов влечений, но во многих случаях борьба остается безуспешной, и навязчивое влечение осуществляется вынужденным поступком или действием; повторные вынужденные поступки могут становиться привычными, и тогда они осуществляются легче, без предшествующей особенной борьбы; в тех случаях, когда навязчивые влечения овладевают людьми с пониженным интеллектом, они совершаются легко, нередко без колебаний, так как понимание их значения и свойства не представляется у таких людей достаточно ясным; нередко они не только стараются удержаться от удовлетворения своих влечений, а напротив, прилагают все усилия для их осуществления.

Клептомания, описанная еще в половине прошлого столетия (Mare, Trelat, Magnan), выражается не только приступами влечения к воровству, но и в совершении краж; болезненное явление наблюдается у людей различного имущественного положения, независимо от их материальной обеспеченности и богатства; такие люди совершают кражу не потому, что они не в состоянии приобрести предмет, а вследствие болезненного влечения к краже; об'ектом кражи часто являются дешевые и ненужные вещи; в одних случаях они коллекционируются, в других выбрасываются за ненадобностью, в третьих под благовидным предлогом возвращаются владельцу; судебно-психиатрическая казуистика весьма богата описаниями своеобразных случаев клептомании; король Сардинии Виктор-Амедей всюду крал разные мелочи; один врач, возвращаясь домой от пациентов, приносил в карманах ключи, ножницы, наперстки, портсигары, ложки и другие предметы, которые жена его тотчас же возвращала обратно; одна из моих пациенток, неоднократно привлекавшаяся к суду за кражу, все таки не могла удержаться от кражи; обладая известным достатком, она воровала при удобном случае дешевые и ненужные вещи, которые охотно возвращала обратно; так напр., однажды она украла рваные галоши у дворника, другой раз серебряный двугривенный, третий раз украла небольшую кисть у маляров, работавших в доме, где она жила. Нередко кражи происходят в магазинах. По статистике клептомания чаще встречается у женщин.

Пиромания или болезненное влечение к поджогам также давно отмечено в психиатрической литературе; однако, еще Morel высказывал сомнение, чтобы это влечение встречалось в чистой форме, т. е., в качестве навязчивого явления, доводимого до осуществления, у людей с хорошо развитым интеллектом; по мнению Morel'я, пиромания наблюдается у имбециллов и идиотов, у эпилептиков и истеричных в состоянии помрачения сознания, у слабоумных; поджог не является актом мести, не вызывается желанием причинить горе определенному лицу, а просто подражанием, желанием видеть действие огня, полюбоваться картиной пожара; слабоумные поджигатели иногда сами сообщают о пожаре и даже помогают его тушить; но бывают редкие случаи, когда пироманические влечения овладевают людьми, не обнаруживающими признаков слабоумия. Насильственные влечения вообще легче возникают и осуществляются у лиц с прирожденными или приобретенными формами слабоумия (идиотия, тупоумие, раннее слабоумие, прогрессивный паралич, старческое слабоумие), в состояниях помрачения эпилептиков, истериков, алкоголиков, при чем осуществление их происходит часто без всякой внутренней борьбы; наблюдаются случаи совершения краж, поджогов и других проступков под влиянием галлюцинаций; но у людей с развитым интеллектом, понимающих и оценивающих свое поведение в отношении себя самих и окружающих, осуществление влечений, оцениваемое, как уголовное преступление, встречается редко; люди с тяжелой психопатической наследственностью, психастеники, истерики, страдают навязчивыми влечениями в различных их проявлениях; особенно развиваются болезненные влечения в те периоды жизни организма, когда устойчивость нервной системы представляется пониженной, как это свойственно времени полового созревания, менструаций и беременности. Пиромания, как и клептомания, чаще обнаруживается у женщин.

Убийства, совершаемые душевно-больными, происходят вследствие различных патологических условий и при различной обстановке; мы уже говорили об убийствах при тупости нравственного чувства, упоминали об убийствах, совершаемых под влиянием бредовых идей, с целью избавиться от мнимых преследователей; могут совершать убийства люди в состоянии помрачения сознания (эпилепсия, алкоголизм), тупоумные; бывают случаи убийства, вызванные галлюцинациями и иллюзиями не только слуховыми, но и зрительными, напр., один больной ударом ножа в область сердца убил свою жену, приняв ее за влетающего в комнату дракона; наконец, убийства совершаются больными, находящимися в тяжелом меланхолическом состоянии, при чем мотивом является бредовая идея, что все погибло или обречено на гибель, вся семья больного, все его несчастные дети все равно должны погибнуть в страшных мучениях, лучше предупредить все это более легким способом. Но говоря о навязчивом влечении к убийству и его осуществлении

[**]) Arnaud, 1. c. [409]), p. 726-759. Dornbluth, 1. c. [392]), S. 326-345.

(homicidomania), мы подразумеваем другие случаи, а именно, когда навязчивое влечение к убийству возникает без мотивов, когда больной, понимая весь его ужас, борется с ним, к сожалению, не всегда успешно. Известны случаи, когда больные по много лет боролись с овладевавшими ими влечениями к убийству таких близких родных, как отца и мать (patricidomania, matricidomania), братьев и сестер; при этом дело не шло о людях с пониженным интеллектом и с недоразвитием нравственного чувства, что доказывается их настойчивой борьбой с ужасным влечением.

Baillarger [450]) рассказывает историю Glenadel'я, который в течение 26 лет победоносно боролся с влечением убить свою нежно любимую мать, овладевшим им с 16-ти летнего возраста; после семилетней борьбы, он поступил в армию и уехал из дома на 4 года; по возвращении домой борьба с продолжавшимся влечением длилась еще 4 года, после чего он снова уехал; затем он решил заменить убийство матери убийством другой родственницы, чему помешало лишь случайное обстоятельство. Постоянная борьба с влечением, овладевшим Glenadel'ем с необычайной силой, была, по его признанию, мучительнее смерти. Наконец, он был помещен в лечебницу, при чем обратился к ее директору с письмом следующего содержания: "я поступаю в Вашу лечебницу, где буду вести себя хорошо, как в полку, меня сочтут здоровым; временами я буду притворяться здоровым; не верьте мне никогда, я не должен выйти из лечебницы ни под каким предлогом; если я буду беспокоить Вас просьбами об освобождении, удвойте надзор за мною, так как я воспользуюсь свободой для совершения преступления, одна мысль о котором приводит меня в ужас"[*]).
В числе клинических больных мне пришлось наблюдать интеллигентного 32-летнего чиновника, страдавшего различными навязчивыми идеями и влечениями; проснувшись однажды ночью, он поймал себя на мысли о том, что ему нужно зарезать спавших в соседней комнате своих двух маленьких детей; сначала эта мысль только промелькнула в его сознании, затем снова вернулась; он не мог ее прогнать, не мог заснуть, влечение к убийству детей овладело им настолько, что он решил его осуществить: взяв из кухни острый нож, он подошел к кровати, на которой спали дети, но занеся нож, он выбежал из комнаты и начал наносить себе удары кулаком по лицу до того, что лицо его превратилось в бесформенную массу; на следующий день он поступил в лечебницу.

Другой больной, ученик реального училища, был помещен в клинику после попытки убить спавшего отца топором; попытка была предупреждена сестрой, вовремя заметившей его намерение; он долго боролся со своим влечением, прежде чем осуществить его; во время пребывания в клинике он должен был прекратить посещения клинической церкви, так как у него при каждом богослужении возникало влечение убить священника, ударив его по голове тяжелым церковным подсвечником.

Казуистика подобных влечений весьма обширна.

Не менее часто встречается болезненное влечение к самоубийству, для предупреждения которого приходится применять в лечебницах для душевно-больных самый тщательный надзор, который, как уже упоминалось, не всегда достигает цели, благодаря упорству и изобретательности некоторых больных в этом направлении; громадное большинство влечений к самоубийству и попытке покончить с жизнью совершается больными, находящимися в меланхолических состояниях, развивающихся при различных душевных заболеваниях, из них большая часть относится к маниакально-депрессивному психозу; попытки истеричных обыкновенно носят менее серьезный характер, так как этим больным свойственна поза и рисовка, более желание вызвать в окружающих сочувствие и сострадание, чем твердое намерение лишить себя жизни; тем не менее, иногда такое намерение может осуществиться вследствие случайных условий; напр., одна истеричка, заявив предварительно родным о своем решении утопиться, прыгнула в воду в заведомо мелком месте; в другой раз, решив броситься под поезд, она легла на полотно железной дороги; в это время действительно приближался поезд, но у нее произошел паралич нижних конечностей, и только случайно проходившие люди успели стащить ее с рельс. Менее опасны также попытки слабоумных больных: их влечения обыкновенно не бывают стойкими и осуществляются наивно; они не скрывают своих намерений от окружающих, открыто подготовляя обстановку для самоубийства; напр., больная ранним слабоумием просит у врача бритву, чтобы зарезаться; конечно, и в подобных случаях необходимы соответствующий надзор и внимание. Иногда больные решаются на самоубийство в состоянии аффекта при остром развитии психоза. Из сказанного видно, что влечение к самоубийству возникает у душевно-больных в громадном большинстве случаев вторичным путем; встречаются, однако, редкие случаи, в которых оно появляется в связи с навязчивыми представлениями, принимая характер насильственного влечения; у лиц с малоустойчивой нервной системой, переживающих значительные эмоциональные колебания, легко поддающихся внушению, с недостаточно выраженным чувством привязанности к жизни, влечение к самоубийству может возникать путем психической заразы; в этих случаях покушения на самоубийство производятся вскоре после самоубийства, вызвавшего подражание, и тем же самым способом; подобный случай уже приводился нами выше; наблюдаются настоящие эпидемии самоубийств, производимых одним и тем же способом (напр., эпидемия отравления уксусной эссенцией, особенно распространившаяся в 1907-1910 г., самоубийство вдвоем). Самоубийства не ограничиваются взрослыми, но захватывают даже детей и юношей различных возрастов. Мы не можем здесь входить в рассмотрение причин и условий, влекущих за собою покушения на самоубийство вообще, так как в нашу задачу входит лишь рассмотрение патологических условий [471-472]); значительная часть детских и школьных самоубийств происходит в состоянии душевного расстройства; в некоторых случаях подростками, особенно в период полового созревания, овладевает непреодолимое влечение к самоубийству, которое они и выполняют.

---

[*]) Arnaud. 1. c. [409]). P. 752.

По мнению Freud'a и его школы, навязчивые влечения к самоубийству развиваются у подростков в связи с аутоэротизмом, удовлетворяемым онанистическими эксцессами, рассматриваемыми в то же время, как унизительный акт, угрожающий тяжелыми последствиями; отсюда возникают ущемленные комплексы и влечение к самоубийству[451]).

Наиболее внушаемый и склонный к подражанию юный возраст встречает в ежедневной прессе множество подробных описаний самоубийств с обращением особого внимания на вызвавшие их причины и способы осуществления; при этом обращается внимание и на трогательно-пышную обстановку похорон самоубийцы. Проф. Попов [452]) оттеняет вредное влияние подобных описаний. Как велико влияние эмоциональной стороны погребального обряда на подражаемость, видно из приведенного нами примера, в котором молодая девушка пыталась повеситься, так как ей понравилось, как одна самоубийца в их доме лежала в гробу, убранная цветами, и как вокруг ее гроба собирались оплакивавшие ее подруги; "мой гроб понесут гимназисты, а крышку гроба гимназистки", мечтала четырнадцатилетняя девочка, отравившаяся карболовой кислотой и уксусной эссенцией (Попов); таких случаев много. Влияние примера выступает особенно рельефно, когда дело идет о самоубийстве родственников или близких людей, при чем учащаяся молодежь в большей степени подпадает этому влиянию; так, один гимназист застрелился - через неделю стреляется его товарищ; другой несколько раз пытался отравиться - товарищ, старавшийся предупредить его попытки, застрелился сам (Попов).

Mabille [453]) рассказывает историю семьи С. Г-жа С. отличалась тяжелым характером; одна из ее сестер умерла душевно-больной, одна из племянниц обнаруживала явления умственной отсталости. Муж г-жи С. страдал алкоголизмом и был очень раздражительным; у них было 7 чел. детей, из которых историю двух братьев и трех сестер приводит Mabille. Один из братьев в 1883 году в возрасте 16-ти лет перенес первый приступ, по-видимому, маниакально-депрессивного психоза, повторившийся три раза до 1887 года; во время душевного расстройства у него появлялись мысли о самоубийстве. Сестра 13-ти лет, очень раздражительная и своенравная; однажды в августе 1888 года мать сказала ей: "иди в школу и постарайся хорошо себя вести"; спустя несколько часов ей принесли труп девочки, бросившейся в воду канала de La Rochelle a Marans. Старшая сестра в возрасте 21 года заболела маниакально-депрессивным психозом, обнаруживая меланхолическое состояние, связанное с явлениями страха; врач предписал самый строгий надзор за больною, который мать однажды поручила на несколько часов младшему брату; больная дала ему деньги с просьбой кое-что для нее купить; это было накануне годовщины смерти сестры в августе 1889 года; пользуясь отсутствием брата, она вышла из дома, пришла к каналу и утопилась на том же самом месте, где год тому назад покончила с собою ее сестра. Вскоре заболел душевным расстройством пятнадцатилетний брат, но через шесть месяцев поправился. 28-го августа 1890 г. поступила в лечебницу третья сестра 21 года; уже после смерти первой сестры она задумывалась, сильно тосковала, плохо спала и с трудом работала; смерть второй сестры усилила ее тоскливое состояние; 18 августа 1890 г. она обнаружила живое беспокойство, плакала и стремилась идти на место гибели сестер; ее свезли в лечебницу, где она говорила, что хочет умереть, как сестры, что они зовут ее к себе; она часто говорила, что две из ее сестер покончили самоубийством и для семьи не будет бесчестья, если она сделает то же; она часто повторяла: "я хочу умереть, нужно мне умереть". Отказывалась от пищи в течение нескольких месяцев, подвергалась кормлению через зонд; регулы задержаны; в феврале депрессия заметно ослабела, больная стала живее, регулы возобновились, стала есть сама, но все еще не без уговоров окружающих: она часто просила разрешить ей погулять с родными, 20 мая 1891 г. к просьбам дочери присоединилась мать; отпуск был разрешен с условием, что мать будет помнить о "канале"; 24 мая 1891 г. молодая девушка радостно ожидала родных, с аппетитом позавтракала; по выходе из лечебницы она навестила подругу, а затем просила мать пойти с нею в поле, чтобы посмотреть на уборку хлеба; вдруг она изменила направление и пошла быстрее, затем побежала; мать бежала за нею, но не могла поспеть и видела только, как дочь, добежав до того места канала, где утопились сестры, бросилась в воду; ее вытащили уже мертвой. - Ясно, что во всех этих случаях в развитии мысли о самоубийстве имело значение, помимо депрессии, внушающее влияние примера сестер, способ же самоубийства был обусловлен подражанием.

Влечение к самоизувечению в различных проявлениях встречается у душевно-больных довольно часто, и, конечно, чаще всего в меланхолических состояниях; в психиатрической литературе описаны случаи весьма тяжелых членовредительств, причиняемых себе людьми, находящимися в состоянии душевного расстройства; бывали случаи, что больные, кастрировали себя самыми грубыми способами, напр., тупым ножом или просто вырывая testiculi, жгли себе руки и наносили другие серьезные повреждения; мне известен случай, когда больной откусил себе значительную часть языка; иногда больные подвергают себя самоистязаниям, движимые религиозным фанатизмом, накладывая на себя тяжелые вериги, бичуя себя, лишая себя пищи и т. д. Идиоты и тупоумные иногда наносят себе удары по голове и другим частям тела, бьются головою о стену; мне пришлось наблюдать одного идиота, у которого вследствие развившегося при таком членовредительстве осложнения, волосистая часть головы увеличилась до размеров средней величины подушки; при разрезе вытекло много гноя, больной перенес операцию хорошо. Чаще наблюдаются случаи влечения к менее тяжелым формам самоизувечения, как, напр., грызение собственных ногтей (onychophagia); оно проявляется нередко, как привычное влечение, но при душевном угнетении бывает его обычным спутником; также часто в состоянии душевного угнетения больные обнаруживают влечение к щипанию и царапанию различных участков своего тела; причиняемая ими себе боль, видимо, несколько облегчает их мучительное состояние; загрязнение трещин, царапин и ран, развивающихся при этом, может вызывать различные осложнения. Своеобразное самоизувечение выражается в трихотилломании (trichotillomania) , в стремлении к вырыванию собственных волос; волосы вырываются из волосистой части головы, бороды, усов, лобковой области, из подмышечных впадин; иногда трихотилломания связывается с кожным зудом (Hallopeau), но несомненно, что в развитии этого влечения

может иметь значение половое извращение с выраженным стремлением приблизиться по своему внешнему виду к лицам противоположного пола; это вообще редкое влечение было особенно отмечено у слабоумных больных, в частности, при прогрессивном параличе.

Влечение к наркотическим веществам (narcomania) чаще всего проявляется в виде непреодолимого влечения к спиртным напиткам, запоя или дипсомании; влечение наступает приступами и осуществляется нередко вопреки крайним усилиям больного, которые не увенчиваются успехом; разница между запойным пьянством и обыкновенным очень удачно выражена в следующем определении Trelat: "пьяницы - люди, которые напиваются, когда им представляется случай выпить: дипсоманы - больные, которые напиваются каждый раз, когда у них развивается приступ запоя"; приступы влечения к алкоголю бывают различной продолжительности.

Подобное расстмотрение развития и течения дипсомании и других видов наркомании (morphinomania, cocainomania, aetheromania и др.) относится к частной психопатологии; дипсомания или oinomania была впервые описана итальянским врачом Salvatori, практиковавшим в Москве в 1817 году*), а самый термин принадлежит Hufeland'у.

Влечение к бродяжничеству и странствованиям, дромо- или нориомания, нередко проявляется в юношеском и даже в детском возрасте: осуществляется оно в различных формах: в виде блужданий по окрестностям без определенной цели, в виде побегов из дома в поисках за приключениями в духе героев Майн-Рида, в виде хождения по монастырям и т. д.; среди русского народа во все времена было много странников, бороздивших обширную равнину нашей страны из конца в конец и заходивших далеко за ее пределы. Влечение к странствованию приобретает в некоторых случаях такой стойкий характер, что странник почти утрачивает способность оседлой жизни и возможность заниматься постоянным трудом: едва он устраивается на месте, как его начинает неодолимо тянуть вдаль, особенно при наступлении весны. В громадном большинстве случаев это влечение обнаруживается у людей дегенеративных, с более или менее выраженной психопатической наследственностью; иногда странствования и даже значительные путешествия предпринимаются в состоянии автоматизма, при сумеречном сознании (случай Naef [323]) эпилептиков, истериков, с последующей амнезией: иногда такое влечение овладевает умственно отсталыми и слабоумными, проявляясь в бессмысленной форме, при чем больные нередко не могут дать никаких удовлетворительных об'яснений своим поступкам: напр., один 16-тилетний юноша, страдавший ранним слабоумием, ушел из дома и два дня проходил по лесу вблизи дома, без пищи, под дождем; вернувшись домой, он никак не мог об'яснить мотивов и цели своей прогулки. Большой ряд побегов из родительского дома совершается в школьном возрасте, - в периоде полового созревания, нервной неустойчивости и развития фантазии; во многих случаях такие побеги исчерпываются однократным осуществлением, сопровождаются некоторыми лишениями и голоданием, оканчиваются возвращением домой после непродолжительного отсутствия и больше не повторяются. Встречаются случаи коллективного влечения к странствованию, когда один одержимый индуцирует других; наконец, описываются случаи, когда дромомания проявлялась в качестве семейного явления, в форме влечения, свойственного членам одной и той же семьи[455]).

Болезненное влечение ко лжи, mythomania, уже описывалось выше под названием патологической лживости, pseudologia phantastica; правда, эти два понятия не вполне совпадают, так как pseudologia phantastica включает и передачу таких небылиц, в правдивость и истинность которых верит нередко сам рассказчик, особенно, если источник их, как напр. смешение сновидения с действительностью, ускользает от его контроля; mythomania более ограниченное понятие, подразумевающее сознаваемое влечение ко лжи. Oniomania или влечение к покупкам, собиранию, коллекционированию, нередко выражается в стремлении коллекционировать самые обыденные предметы, как, напр., перья, карандаши, марки, спичечные коробки, афиши, бумажки, в которые обертываются леденцы, и т. д.; эти коллекции не имеют ни технического, ни практического значения, а собираются ради удовлетворения влечения, при чем на недостающие предметы иногда затрачиваются большие деньги. Страсть к покупкам и приобретениям часто развивается в начальном периоде прогрессивного паралича, в начале маниакальных состояний.

Влечение к чрезмерным количествам пищи, sitiomania или esthiomania, polyphagia, чаще всего обнаруживается у слабоумных душевно-больных, страдающих различными формами душевного расстройства; при этом поедаются часто без всякого разбора всевозможные виды пищи в самых несоответствующих сочетаниях и в необычном порядке, напр., сладкое вместе с соленым, десерт раньше жаркого; бывают случаи, что больные наедаются до рвоты и снова начинают есть. Magnan[456]) описывает одну больную 36 лет, которая поедала хлеб, мясо, овощи, фрукты, сыр целыми днями и даже ночью; несмотря на сознание вреда такого обжорства, она не могла воздержаться от него и, считая его несчастьем своей жизни, поступила в лечебницу. Чрезмерное влечение к еде встречается при беременности, а из патологических состояний при сахарной болезни.

Во время уменьшения продуктов питания, как, напр., в период последней мировой войны, вследствие недоедания и голода, люди, естественно, готовы больше есть, чем при обычных условиях: однако, несомненно, что в это время (многие чувствовали себя нередко голодными после с'едания достаточного

---

*) Arnaud, 1. c. [409]), p. 737.

количества пищи и при случае ели больше, чем следует: это об'ясняется самовнушением чувства голода и развивающеюся боязнью недоедания.

Своеобразная форма навязчивого, большею частью неопределенного влечения, развившегося в условиях русской жизни, выражается в кликушестве: обыкновенно припадки кликушества наступают в церкви во время богослужения при пении херувимской: выклики бывают бессвязными, иногда называются имена лиц, будто бы виновных в наведении "порчи" на больного или больную, иногда понимаются бесы. Вопреки мнению отдельных авторов, исследовавших кликушество, это явление истерической природы.

У слабоумных больных часто развивается влечение к поеданию нес'едобных веществ: так, больные поедают подбираемый ими на полу мусор, окурки, выковыривают из заднего прохода испражнения и едят их (coprophagia), пьют мочу; при вскрытии одной слабоумной больной в слепой кишке был обнаружен комок из морской травы, которой набиваются матрацы, напоминавший по форме еловую шишку, около вершка в основании и около четырех вершков длины. Извращенные влечения к пище наблюдаются у беременных (pica gravidarum), истеричных, иногда развиваются из привычки к жеванию и поеданию нес'едобных предметов. Самое невинное извращение пищевого влечения заключается в том, что человеку начинает нравиться то, чего он раньше не ел или ел неохотно; у беременных это бывает часто; едят апельсинные корки, уголь, графит, мел, пьют уксус, керосин; иногда такие влечения развиваются вследствие подражания, особенно в закрытых учебных заведениях.

Молодая женщина, 21 года, 2 года тому назад вышла замуж; происходит из нервной семьи; в детстве перенесла менингит: первые роды преждевременные, на 7 мес, вторая беременность была внематочной и закончилась операцией чревосечения; больная родом из Сибири и по обычаю многих сибиряков любила жевать кедровую смолу; всегда была нервной и болезненной особой; после операции, произведенной за 1 1/2 мес. до нашего знакомства в апреле 1909 года, анемична, чувствует слабость, легко плачет, раздражается, по вечерам ею овладевает беспричинный страх и ужас, достигающий таких размеров, что больная готова наложить на себя руки; сильные головные боли. Высокое, узкое твердое небо, неправильная расстановка зубов, неправильная асимметричная посадка ушных раковин. Мать больной имела привычку есть сухой черный чай. Сама больная воспитывалась в институте и там ела мел, обуглившиеся спички, уголь, графит; временами у нее появлялось непреодолимое влечение к поеданию земли, которую она ела горстями: спички ест до последнего времени; во время последней беременности почувствовала влечение к черному чаю, которого с'едала до фунта и более в день: это влечение к чаю было выражено сильно, продолжалось около 1/2 года, и только при упорном лечении, направленном на улучшение общего питания больной и успокоение ее нервного состояния, удалось прекратить это влечение, приблизительно в течение месяца от начала лечения.

Резко выраженные случаи непреодолимого влечения к поеданию земли и песка описаны Бернштейном [463]) и Чарнецким [464]), больные предпочитали определенные сорта земли другим, и лишение их возможности удовлетворения геоманического влечения вызывало нервные припадки.

Зоофилия выражается влечением к животным, достигающим болезненной страсти, при которой животныя становятся дороже и милее людей; чаще всего это влечение проявляется в отношении домашних животных, как кошки и собаки, и особенно наблюдается у пожилых девиц и женщин, не имеющих детей; неудовлетворенный инстинкт материнства, сильно у них развитый, является часто несознаваемым источником возникновения зоофилии; такие лица нередко заводят много животных, за которыми тщательно ухаживают, доводя уход за ними до степени культа, безропотно вынося грязь и вонь, связанную с их обиходом, и даже не забывают их в своем завещании.

Кроме навязчивых и непреодолимых влечений, связанных с соответствующими действиями и поступками, различаются импульсивные движения и действия; при этом влечение к совершению действия возникает и развивается настолько быстро и мощно, что осуществляется сейчас же и неизбежно, так как двигательное представление настолько сильно и всецело заполняет содержание сознания, что в нем не успевает появиться никаких противоположного характера задерживающих представлений; рассуждения о цели и значения действия, если возникают, то уже после того, как действие совершилось; импульсивное действие имеет в своей основе быстро и менее сложно протекающий, укороченный психорефлекс по сравнению с действием, осуществляющимся при непреодолимом влечении; период внутреннего волевого акта настолько краток, что импульсивные действия приближаются к психомоторным; импульсивные действия отличаются немотивированностью и неизбежностью своего совершения, между тем как навязчивые и насильственные влечения при известном усилии со стороны больного могут оставаться неосуществленными. Импульсивные поступки и действия нередко наблюдаются у душевно-больных, выражаясь в разнообразных проявлениях: они могут ограничиваться какими-нибудь действиями, безразличными для окружающих, но могут также выражаться неожиданным и быстрым нападением на кого-либо из окружающих; поэтому особенно внимательно следует наблюдать за больными, обнаруживающими наклонность к импульсивным поступкам.

Тяжелые дегенераты, истерики, эпилептики и кататоники чаще других больных совершают импульсивные действия [457-458]).

К импульсивным действиям относится тики (tic), выражающиеся в различного рода конвульсивных движениях, производимых больными в тех или других мышечных группах; под словом тик подразумевают быстрое, иногда молниеносное, повторяющееся движение, имеющее судорожный характер, но волевое

происхождение, что доказывается возможностью для больного подавить это движение; внешний вид движений при тиках не отличается от нормальных движений, но производятся эти движения совершенно некстати, неопределенно много раз; слово тик ненаучного происхождения, но оно настолько удачно передает обозначаемое им явление, что заняло прочное место в научном обиходе, быть может, оно заимствовано от звукоподражательного обозначения "тиканья" часов. Научное изучение тиков началось со времени Charcot*), особое внимание уделили им Gilles de la Tourette [459]), описавший их под видом болезни судорожных подергиваний, maladie des tics convulsifs, или tics impulsifs (Jolly), Brissaud[460]) и Meige et Feindel[461]). Тики выражаются гримасами лица, миганием, движениями бровей, глазных яблоков, ушей, губ, челюстей, в движениях шеи, плечевого пояса, в сокращениях platysma myoides; в движениях рук, в излишних движениях и подскакивании при ходьбе; в изменении дыхательных и глотательных движений, движении брюшного пресса, в излишних движениях при письме и т. д. Встречаются речевые тики: чаще всего они выражаются неожиданными, повторяющимися восклицаниями, покашливаниями, сопровождающими начало или конец каждой фразы или даже каждого слова: лающими или другими звукоподражательными выражениями, словами и даже целыми фразами. Нередко это бывают просто вопросительные или утвердительные слова, употребляемые некстати, напр., "не так ли", "неправда ли", "так сказать"; в других случаях это исковерканные или вновь составленные, лишенные смысла слова, иногда собственные имена, а иногда ругательства (coprolalia) или неприличные слова и выражения.

Так, один больной Guinon'a[462]) постоянно повторял слова: "nom de Dieu! Merde!" Другой больной повторял: "Ignorant! Cretin! Imbecile! Ruffian! Третья больная восклицала: "as tu fini! Merde! Chameau!". Мне пришлось наблюдать одну пожилую, образованную и хорошо воспитанную девицу, которая повторяла вслух народное название полового члена в родительном падеже; чтобы замаскировать это слово, она прибегала к своеобразному приему, вставляя между второй и третьей буквами букву л (paratic) и в этом находила выход из своего невыносимого положения.

Возникновение тиков сходно с возникновением навязчивых влечений, оно бывает связано с неприятными ощущениями, чувством неловкости, навязчивыми идеями, напр., ощущение царапины в носу, трение или давление воротника может повлечь за собою тикообразные подергивания носа или шеи; впоследствии эти движения принимают хронический, привычный, импульсивный характер.

К импульсивным действиям и частью к тикам относятся поступки лиц, страдающих заболеванием, известным под названием мерячения или эмирячения; первые сведения об этой болезни были сообщены Герштекером, встретившим ее среди населения острова Ява, где она называется latah, в Америке (Beard)-jumping; болезнь распространена на Малайских островах, в Северной Америке, в Забайкалье, по Амуру, в Якутской области; она до настоящего времени не представляется хорошо изученной, очевидно, вследствие неблагоприятствующего географического распространения в малокультурных областях и среди малокультурного населения; главное выражение болезни заключается в неудержимом подражании словам и действиям окружающих и в исполнении данных ими приказаний, хотя бы нелепых, грубых и неприличных; внушаемость этих больных такова, что они не в состоянии воздержаться от совершенно неуместных поступков, несмотря на понимание проистекающего от этого иногда непоправимого вреда; бывают случаи эпидемического распространения болезни, по-видимому, путем психической заразы.

Первое научное описание эмирячения дал Кашин[467]) в 1868 году, наблюдавший заболевание в Южной Даурии (Забайкалье); по словам Кашина, подтвержденным впоследствии другими исследователями [468]), больной отвечает криком на крик, повышая или понижая голос, смотря по подражаемому образцу, повторяет слова, ругательства, движения, поступки; что бы ни вздумалось кому-нибудь делать в присутствии больного, все это будет повторяться им в правильном порядке вплоть до того, что ребенок, находящийся на руках матери, бросается на пол, женщины из подражания, ругаясь, раздеваются до-гола, повторяют сладострастные движения и не в состоянии противиться покушениям на нравственность, чем иногда пользуются окружающие; больные подвергаются нередко злым шуткам, их натравливают друг на друга, устраивая свалку и драку.

Кашин наблюдал однажды такой случай: отделение роты батальона Забайкальского казачьего полка, состоявшее из уроженцев деревень, расположенных по реке Урову, во время производившегося учения повторяло слова команды; это рассердило командира, который начал кричать, но к удивлению услышал в ответ тот же самый крик, брань и угрозы, которые произносил он сам; вместе с тем солдаты побросали свои ружья; д-р Кашин об'яснил командиру болезненное состояние его солдат.

По мнению Мицкевича [469]), производившего свои наблюдения в течение 4 лет в Якутской области и имеющего для своего заключения большие основания, эмирячение есть ничто иное, как своеобразное проявление истерии. Типичная картина развития болезни, гораздо чаще встречающейся у женщин, такова: в период развития половой зрелости, а нередко и раньше, развиваются припадки сердцебиения, globus, истерической рвоты, а иногда и припадки менэрика (блажь) и даже душевного расстройства, "ирер"; девушка или женщина становится крайне нервной и пугливой, при всяком неожиданном стуке кричит, выкрикивая ругательства ("абас" - vulva), роняет, что держит в руках, у нее развивается дрожь и сердцебиение; это первая степень болезни; окружающих забавляет это, они начинают пугать больную намеренно, заставляя ее бросить, если что-нибудь есть у нее в руках; при дальнейшем повторении эти рефлексы становятся привычными и совершаются с большей легкостью и быстротой, выходя из контроля сознания. Развивается выраженное эмирячение; больная повторяет каждое действие того, кто ее дразнит, каждое слово, при чем у

*) Charcot, 1. c. [324]) [321]).

нее развивается сердцебиение, одышка, она падает в обморок; после такого припадка она продолжает хворать несколько дней, и в это время вызвать новый припадок легче; это средняя степень болезни, обыкновенно развивающаяся к 40 годам, а иногда и раньше. Сильная степень эмирячения, когда больная от испуга сразу падает в обморок, как бы обмирая, и по миновании обморока испытывает недомогание, бывает большею частью у старух.

XXVI.

Половое чувство и его развитие. Нормальная половая сила. Половое влечение. Количественные и качественные изменения половой возбудимости: ее повышение, понижение, paradoxia sexualis. Гетеросексуальные и гомосексуальные половые извращения. Онанизм, его происхождение и значение. Садизм и мазохизм, происхождение этих извращений. Уранизм, педерастия, трибадия; различные типы гомосексуалистов; теории происхождения гомосексуальности. Скотоложство. Фетишизм, его разновидности и происхождение; трансвестизм. Примеры, половых извращений из истории.

Половое чувство и половое влечение занимает выдающееся положение среди других чувств и влечений, являясь одним из самых могучих жизненных стимулов, как по своему значению, так и по своей силе; до известной степени с ним может конкурировать только чувство голода. Половое влечение тесно связано с особым состоянием наружных половых органов, приходящих в напряжение при половом возбуждении, в виде напряжения или эрекции полового члена у мужчин и клитора у женщин; без эрекции половое влечение при нормальных условиях не может быть удовлетворено; однако, половое влечение и эрекция не представляются явлениями тождественными и эквивалентными, так как далеко не во всех случаях они совпадают: может наблюдаться половое влечение без эрекции полового члена, являющейся необходимым условием физической потенции, и обратно, напряжение полового члена не всегда сопровождается возбуждением полового чувства. Психопатологов особенно интересует половое чувство и половое влечение, как таковое, и те болезненные изменения, которые наблюдаются в этой области.

Развитие полового чувства, связанное с половым возбуждением и появлением полового влечения, принято относить к периоду полового созревания или возмужалости или ко времени, незадолго предшествующему этому периоду; наступление периода возмужалости выражается у обоих полов появлением ряда физических изменений, как признаки растительности в области genitalia, изменение голоса у мальчиков, появление регул у девочек и развитие грудных желез и нек. др. Возраст полового созревания колеблется в связи с условиями индивидуальности, расовыми и климатическими [473-477]): так, в полосе Средней Европы регулы у девочек появляются в возрасте от 13—16 лет, на севере, в Лапландии, около 18 лет, в Индии около 12 лет и в Египте около 10 лет; к такому же приблизительно возрасту относится начало полового созревания у мальчиков; в этом возрасте может развиваться сознаваемое половое влечение, и в случае полового сношения происходит извержение семени; способность оплодотворения наступает в среднем между 14—18 годами, способность к половому сношению на 2—3 года раньше. За последние годы вопрос о времени появления признаков половой возбудимости у детей был подвергнут значительному пересмотру, главным образом в работах Freuda[*]); по мнению этого наблюдателя, уже в младенческом возрасте обнаруживается не только эрекция полового члена, но даже характерная аутоэротичность, удовлетворяемая ощущениями, получаемыми во время прижимания к материнской груди и трением бедер. Конечно, нельзя отрицать, что первые половые импульсы относятся к возрасту, значительно предшествующему началу периода созревания, но сознаваемое половое возбуждение и искание не возникает при нормальных условиях раньше этого времени. Оценивая приведенное положение Freud'a, следует помнить, что эрекция и половое влечение не представляются тождественными явлениями. Развившись в периоде полового созревания в полной мере, в смысле способности не только полового сношения, но и оплодотворения, половая способность и сила наростает приблизительно до 25—26 летнего возраста; далее, в течение около 10 лет она держится на одном уровне, а затем начинает медленно понижаться, в большинстве случаев совершенно к 60—65 годам; эта средняя норма далеко не является правилом, так как часто встречаются люди, совершенно утратившие половую способность уже к 40—50 годам, а с другой стороны — люди, сохранившие ее до этого же возраста чуть ли не в юношеской силе, а также люди, сохранившие ее и после 70 лет. У женщин половое влечение, повидимому, развивается позднее, чем у мужчин, и наростает медленнее, достигая наибольшей силы приблизительно к 30 годам; около 40 лет оно начинает обыкновенно понижаться и после наступления климактерического периода падает большею частью весьма значительно. Какова нормальная половая сила? На этот вопрос нельзя ответить вполне определенно, так как половая сила подвержена весьма значительным индивидуальным колебаниям в связи с условиями личными, условиями питания, расовыми и климатическими; большое значение имеет т. наз. половое предрасположение или половая конституция, выражающаяся в индивидуальных особенностях строения и функций организма, обусловливающих половую возбудимость. Есть люди, обладающие большой половой силой при сравнительно слабо выраженном половом влечении и обратно, сохраняющие половое влечение, несмотря на утрату половой силы. Есть ряд условий, временно понижающих половую возбудимость: сюда относится умственная деятельность, отвлечение внимания, аффект страха, утомление, отвращение к об'екту полового вожделения и др.; сюда же относятся фармакологические средства, как камфора, лупулин; отдых, хорошее настроение, питание, положительное чувство к об'екту полового вожделения — повышают половое

[*]) Freud, 1. с. [418]).

влечение и возбудимость; есть ряд фармакологических возбудителей, как препараты стрихнина, иохимбина и др. Нередко такие физиологические процессы, как менструальный период, повышают половую возбудимость женщин. Граница между нормальным количеством и частотой половых сношений и злоупотреблением ими, эксцессами, определяется с большим трудом, так как она обусловливается для отдельных лиц их общим физическим состоянием и половою возбудимостью и силой; бывают случаи, когда мы с несомненностью устанавливаем наличность половых эксцессов, в других случаях мы не можем не впасть естественным образом в колебание; вопрос должен решаться для отдельных лиц, принимая во внимание и оценивая общие индивидуальные условия их половой жизни и то влияние, которое оказывает на них половой акт. Во всяком случае, имея в виду, что половой акт является условием оплодотворения и заканчивается извержением семенной жидкости (ejaculatio seminis), чем достигается его цель, следует признать, что он постольку не противоречит природе, поскольку выбрасываемая при совокуплении семенная жидкость содержит сперматозоиды; исследования показывают, что вслед за повторным совокуплением сперматозоиды исчезают, а выделяемая жидкость является продуктом предстательной железы и куперовых желез; что же касается частоты половых сношений, то она должна определяться временем, необходимым для выравнивания реакции, вызванной в организме предшествующим сношением, и наступлением выраженного полового влечения; этими соображениями может быть установлена граница для возраста наибольшей половой возбудимости у сильных в половом отношении лиц. Половые излишества оказывают на организм истощающее влияние и могут служить причиною преждевременного угасания половой силы. Было время, когда половому воздержанию приписывали существенно вредное влияние на здоровье, но в настоящее время можно считать установленным, что половое воздержание не принадлежит к числу источников болезней тем более, что организм время от времени освобождается от излишнего семени посредством поллюций; в этом отношении нельзя не согласиться с Eulenburg'ом[478]), который выражает сомнение, чтобы при разумном во всех других отношениях образе жизни когда-либо кто-либо заболел, в частности, приобрел неврастению или половую форму последней, благодаря одному только половому воздержанию.

Развитие половых импульсов и впоследствии полового влечения главнейшим образом обусловливается ростом и функцией половых желез testiculi и ovaria; влияние этих органов на организм двоякое — рефлекторное и химическое, как желез внутренней секреции[*]); несомненно однако, что кроме яичек и яичников отношение к развитию половых органов и функции имеют и другие железы внутренней секреции, особенно щитовидная железа; ее об'ем меняется у женщин в связи с менструальным периодом, наблюдается нередко ее набухание; удаление щитовидной железы у животных и людей влечет за собою понижение и даже полное угасание половых функций, которые удавалось восстановить препаратами этой железы; отношение к половой деятельности имеют и другие железы внутренней секреции, а именно, gl. pituitaria или hypophysis — мокротная железа или мозговой придаток; gl. pinealis, epiphysis — шишкообразная железа и, повидимому, надпочечники; значение продуктов деятельности всех этих органов для половой жизни далеко не может считаться выясненным, но различные факты и эксперименты устанавливают эту связь (изменение hypophysis у беременных, hypogenitalismus и hypergenitalismus в соотношении с изменением указанных желез). Перечисленные биохимические источники полового возбуждения вызывают его, влияя через кровь на нервную систему, на ее спинномозговые и черепномозговые центры; они приводят нервную систему в такое состояние, в котором она не может отвечать на различные внешние и внутренние раздражители появлением полового влечения (эротизм) и приведением наружных половых органов в напряжение. Внешние раздражители действуют через органы чувств и исходят или непосредственно от об'екта полового вожделения, или от предметов,

впечатление от которых так или иначе связывается в сознании лица, получающего это впечатление, с половыми представлениями напр., портрет полового об'екта, вещь ему принадлежащая, духи, которыми он пользуется. Не менее сильными половыми возбудителями являются соответствующие представления, дающие содержание для деятельности воображения и фантазии.

Нормальное половое возбуждение и половое влечение (libido sexualis) выражается стремлением к естественному половому общению с лицами противоположного пола. Существуют многочисленные и разнообразные уклонения от нормального полового влечения и способа его удовлетворения, которые в известных условиях признаются болезненными, составляя содержание области половой психопатологии; эта область издавна и сильно интересовала врачей, и ей посвящена обширная литература, отчасти уже мною отмеченная [479-487]) [496]). Ясно выраженная мысль, что в значительной своей части половые уклонения представляются явлением болезненным, принадлежит Westphal'ю, а сгруппирование патологических половых аномалий и их классификация осуществлены впервые Krafft-Ebing'ом под названием Psychopathia sexualis.

Болезненные уклонения полового влечения и половой возбудимости разделяются на две группы: к первой группе относятся количественные изменения, а ко второй качественные; к количественным изменениям принадлежат болезненные уклонения в направлении силы и продолжительности полового влечения и возбудимости, а содержание группы качественных изменений составляют болезненные уклонения, в смысле способа удовлетворения полового влечения и об'екта полового вожделения.

---

[*]) Lowenfeld, 1. с. [476]), S. 34—39. Biedl, 1. с. [200]), В. II, S. 68—108—260.

К группе количественных изменений относятся: болезненное повышение половой возбудимости (hyperaesthesia sexualis, libido nimia, satyriasis, nymphomania); ненормальное понижение половой возбудимости (anaesthesia sexualis); наличность половой возбудимости вне соответствии с возрастом (paradoxia sexualis). К группе качественных изменений или половых извращений принадлежат: гетеросексуальные и гомосексуальные извращения, выражающиеся в извращенном половом влечении — к противоположному или своему полу; сюда относятся: 1. онания или онанизм (onania); 2. садизм и мазохизм или эротический тиранизм и пассивизм, активная и пассивная алголагния; 3. homosexualitas; 4. содомия или zoophylia sexualis; 5. фетишизм или половой символизм.

Рассматривая количественные изменения половой возбудимости и полового влечения, мы совершенно не принимаем во внимание случаи изменения половой возбудимости, обусловленные хроническим поражением спинного мозга (миэлиты, спинная сухотка и др.) и периферической нервной системы; в этих случаях дело идет о фокусном поражении рефлекторной дуги или разобщении ее от головного мозга, и обычно эти заболевания, вызывая изменение рефлекторной возбудимости полового члена, в то же время мало отражаются на общей половой возбудимости и половом влечении.

Патологическое усиление полового влечения известно под названием satyriasis, когда оно обнаруживается у мужчин, и nymphomania, когда оно проявляется у женщин; эти состояния обычно связываются с повышенным количеством и преобладанием эротических представлений; они наблюдаются эпизодически в связи с менструальным периодом, иногда при эпилептических эквивалентах, при истерии, в периоде развивающегося климактерия; нередко повышенное половое влечение сопровождает заболевания, выражающиеся психическим возбуждением, маниакальным состоянием, как маниакально-депрессивный психоз и прогрессивный паралич; оно свойственно также дегенеративным формам, иногда встречается при умственном недоразвитии; наблюдается при tabes dorsalis в начальных периодах болезни, в форме криз. Половое возбуждение достигает при этом такой силы, что заставляет больных искать его удовлетворения при первой случайной обстановке, вступая даже в конфликт с общественной нравственностью и законом. Libido sexualis таких больных мало удовлетворяется, они ищут повторения половых сношений, доводя своих партнеров до сильного истощения; напряжение полового члена бывает в некоторых случаях весьма продолжительным (приапизм). Нравственный облик больных меняется, примерные семейные люди начинают кутить и проводить время в публичных домах, жены изменяют мужьям при случайной обстановке, переживая впоследствии тяжкие угрызения совести; известны случаи, когда девушки в таком состоянии отдавались первым встречным прохожим. Слишком рискованное кокетство и далеко заходящий флирт бывают иногда результатом наростающего гипоманического состояния.

Девушка, 20 л., из интеллигентной семьи, приехала в Москву с целью поступить на драматические курсы; здесь на улице она познакомилась с одним господином, которого сама пригласила в номер гостиницы и имела с ним половые сношения; через несколько дней, оставленная своим случайным сожителем, она переехала в Петроград, где остановилась в очень подозрительной гостинице и успела завязать некоторые знакомства; на ее ненормальное поведение, к счастью, обратили внимание и пригласили врача, который тотчас же поместил ее в клинику; в гостинице в ее номере был большой беспорядок, указывавший на предшествовавший кутеж, между прочим, была найдена начатая корзина шампанского и несколько военных шинелей, принадлежавших, как об'яснила больная, знакомым одной ее подруги; в клинике было установлено распознавание маниакально-депрессивного психоза; приступ окончился выздоровлением, и больная вернулась домой к родителям.

История знает немало примеров повышенного полового влечения, как у мужчин, так и у женщин (Юлий Цезарь, Мессалина, Маргарита Валуа и др.).

Патологическое понижение или отсутствие полового влечения (anaestesia sexualis, anaphrodisia) встречается, как прирожденное явление, свойственное дегенеративным людям; оно нередко наблюдается у идиотов и умственно отсталых; у истеричных, наряду с другими анэстезиями; при душевном угнетении вообще и при душевных заболеваниях, связанных с депрессией; при хроническом отравлении алкоголем, морфием и другими наркотическими веществами; сладострастное чувство, свойственное половому акту, понижено или отсутствует у этих больных; оно также бывает пониженным у т. наз. холодных натур, количество которых среди женщин доводится некоторыми авторами до 40%[*]); встречаются случаи запоздалого возникновения полового влечения[**]). Кастрация, особенно произведенная в раннем возрасте, уничтожает половое влечение и половую возбудимость, которые нередко сохраняются после оскопления, произведенного в зрелые годы. Отсутствие полового влечения в нормальном направлении далеко не всегда исключает наличность влечения противоестественного в извращенных его формах.

Третья разновидность количественного изменения половой возбудимости есть paradoxia sexualis, выражающаяся в развитии усиленного полового влечения в несвойственном ему возрасте, а именно, в детском или старческом. Пробуждение полового влечения в детском возрасте наблюдается у наследственно отягощенных лиц, вызывается раздражением половых органов детей, производимым нянями и воспитательницами иногда даже просто с целью успокоить капризного ребенка; вызывается острицами (oxyuris), причиняющими ползанием в прямой кишке и в vagina раздражение половых органов детей; чаще

---

[*]) Lowenfeld, 1. c. [474]), S. 269.
[**]) Hammond, 1. c. [480]), стр. 163.

всего у детей развивается мастурбация; но описываются и случаи, когда дети в возрасте нескольких лет буквально накидывались на лиц противоположного пола с целью полового сношения. У стариков угасшее половое чувство может обнаруживаться вновь в повышенной форме под влиянием общего возбуждения в маниакальном состоянии, при развитии предстарческих и старческих психозов; чаще однако в старческом возрасте сохраняется половое влечение без естественной возможности удовлетворить его посредством полового сношения, что в некоторых случаях приводит к пользованию различными извращенными способами, особенно, к противоестественным манипуляциям над малолетними, беззащитными детьми.

К качественным уклонениям в области полового влечения относится прежде всего онания или онанизм (от имени библейского Онана, прибегавшего к этому способу, чтобы не допустить зачатия у своей жены; впрочем, это словопроизводство по существу вряд ли правильно, так как Онан, повидимому, применял coitus reservatus), известный также под названием мастурбации (masturbatio от слова manus), хейромании, рукоблудия; под онанией подразумевается не только раздражение половых органов руками, встречающееся чаще всего, но вообще раздражение половых частей различными способами помимо полового акта, с целью вызвать извержение семени и удовлетворение полового чувства. Способы онанирования очень различны, но все они сводятся к механическому раздражению genitalia — руками, трением между бедрами, о разные мягкие предметы, как матрацы, одеяла, подушки, введением в женские половые органы разных предметов, раздражению головки полового члена и клитора губами и языком (amor lesbicus), к взаимному онанированию. Онанизм принадлежит к числу крайне распространенных явлений; если считать онанистами всех, кто онанировал хотя раз в жизни, то, по мнению Sadger'a[***]), количество онанистов громадно, а по мнению Stekel'я[****]), онанистами являются все; конечно, по соображениям вполне понятным точный % онанистов не определен[*****]). Онанизм может носить случайный характер, будучи для данного лица явлением эпизодическим, повторяющимся лишь изредка, в случае особенно сильного полового возбуждения, во время сна (несознаваемое онанирование); с другой стороны, он бывает привычным, постоянно и систематически применяемым; онанизм случайного характера не принадлежит к области патологии, привычные же онанисты относятся к личностям, отягощенным психопатическим или невропатическим расположением; наименее патологическими являются из них те, для которых этот способ представляется единственно возможным способом удовлетворения выраженного полового влечения, вследствие невозможности удовлетворить его иначе, и которые сразу и навсегда оставляют его, как только начинают нормальные половые сношения; другие продолжают онанировать, несмотря на то, что начали половые сношения, они пользуются и тем, и другим способом, нередко предпочитая онанизм нормальному половому акту; наконец, третьи видят в аутоэротическом удовлетворении единственный способ, они неспособны к иному удовлетворению полового влечения, оставаясь равнодушными к возбуждающему влиянию противоположного пола.

Выше было сказано, что онанирование заключается в механическом раздражении половых органов; есть однако лица, которые ради удовлетворения своего полового влечения не прибегают к механическому раздражению, а пользуются т. наз. психическим способом; они доводят себя до состояния полового оргазма, заканчивающегося даже извержением семени, посредством усиленного фантазирования на эротические темы; психическая мастурбация в чистом виде встречается не слишком часто, большей частью приходится встречаться со смешанным характером онанизма. Начало онанизма в громадном большинстве случаев относится ко времени пробуждения полового инстинкта в периоде полового созревания, нередко к более позднему возрасту; плохой пример товарищей, особенно в закрытых учебных заведениях, является одним из самых банальных поводов для начала онанирования, а в дальнейшем оно принимает формы и размеры, обусловливаемые общей и сексуальной конституцией данного лица и окружающей его обстановкой. Конечно, если принять точку зрения Freud'a, признающего аутоэротичными грудных младенцев и рассматривающего некоторые их движения, как направленные к удовлетворению этого эротизма, то можно было бы, казалось, и начало онанизма отнести к этому возрасту, признавая его явлением поголовным; однако эти чисто рефлекторные движения младенцев вряд ли правильно рассматривать таким образом, так как онанизм развивается впоследствии вне связи с этими аутоэротическими движениями, а иногда и вообще не развивается. В случаях явно патологических, а также в зависимости от раздражения половых органов детей невежественными нянями, воспитательницами, то ради успокоения детей, то ради целей эротических, начало онанизма приходится наблюдать в очень раннем возрасте, а именно, у 2—3-летних детей; раздражение половых органов заползающими острицами, скоплением sebum praeputiale, особенно при phymosis, также может служить причиною раннего онанизма, нередко устраняемого вместе с устранением вызвавшей его причины.

[***]) Sadger, 1. c. [487]), S. 10.
[****]) Stekel, 1. c. [487]), S. 31.
[*****]) Произведенная в 1912 году анкета среди студентов медицинского факультета Казанского университета показала, что число онанистов достигает 68%, из них в 1,7% онанизм вызывается отвращением к половому акту, а в 5,24% — предпочтением онанизма половым сношениям [498]).

Среди душевно-больных онанизм распространен в широких размерах; ему особенно подвержены слабоумные больные, нередко онанирующие совершенно открыто, не стесняясь окружающих; то же наблюдается и у лиц с прирожденным умственным недоразвитием и у некоторых идиотов; у тех и других этические представления выражены крайне недостаточно и не оказывают тормозящего влияния на противоречащие им желания и действия. Встречаются больные, целыми днями раздражающие свои половые органы; мне пришлось наблюдать одну малолетнюю идиотку, которая раздражала genitalia посредством трения пяткой. По наблюдениям различных авторов количество онанистов среди душевно-больных колеблется от 19—21,5%*); если распределить онанирующих больных по формам их заболеваний, то указанная цифра подвергнется очень значительным колебаниям.

Вреден ли онанизм, почему, и в чем заключаются его вредные последствия?

Этот вопрос, вполне естественный и понятный, должен быть поставлен еще потому, что во многих сочинениях и брошюрах, научность которых, впрочем, нередко очень сомнительна, вредные последствия онанизма представляются в крайне грозной форме, — почти обязательно каждому онанисту предстоит помешательство с более или менее глубоко выраженным слабоумием.

Вредные последствия онанизма могут обусловливаться: потерей семенной жидкости, неблагоприятным влиянием физической и психической реакции, наступающей вслед за разрешением полового возбуждения, и состоянием возбуждения физического и психического, сопровождающего онанистический акт. Если дело идет о случайном, эпизодическом онанировании, то говорить о вредном его влиянии совершенно не приходится; в самом деле, извержение нескольких граммов семенной жидкости, которая и без онанирования через две, три недели удаляется поллюциями, вреда принести не может; часто однако онанизм носит более интенсивный характер, так как он является слишком доступным и легко осуществимым способом полового удовлетворения, легко приводящим к более или менее выраженным излишествам; правда, после двух эякуляций, следующих одна за другой, выделяется уже только простатическая жидкость и содержимое куперовых желез, без семенной жидкости, но как уже было сказано выше, повторная эякуляция является пределом, подходить к которому неразумно, особенно, если это делается часто; сладострастное чувство, испытываемое онанистом, нередко заставляет его задерживать эякуляцию, не доводя дело до конца, а продолжать онанирование неопределенно долго, иногда с короткими перерывами, находясь все время в состоянии полового возбуждения; это возбуждение усиливается эротической работой воображения и фантазии, иногда продолжающейся часами при преобладании психической формы онанизма; резкие и частые переходы от сильного эротического возбуждения к общему расслаблению должны оказывать изнуряющее влияние на организм; вредное влияние производится всеми приведенными причинами вместе; если онанизмом страдает взрослый человек, то вредные его последствия довольно ограничены, но вопрос осложняется тем, что онанизму подвергаются чаще всего дети в том возрасте, когда организм требует усиленного питания для своего усиленного роста и развития, в периоде полового созревания и в возрасте, предшествующем этому периоду; конечно, в этом возрасте указанные факторы не проходят бесследно, но отражаются упадком общего питания и развитием ряда неврастенических и психастенических симптомов; развитие последних обусловливается, главным образом, особым психическим состоянием, часто наблюдающимся у онанистов: многие из них переживают чувство глубокого раскаяния перед сознанием своего бессилия удержаться от вредной привычки, устоять перед соблазнительным и сильным влечением, переживают сознание своей виновности; будучи напуганы окружающими и чтением брошюр, рисующих пагубные последствия онанизма, они переживают постоянный страх грозящего им тяжелого заболевания, своей непригодности к жизни и отчужденности от других людей; боязнь, что их порок замечается окружающими и на них смотрят, как на отщепенцев и людей, заслуживающих презрения; в их душе создается тяжелый конфликт, который и является причиною ряда нервных явлений; лица, обладающие здоровой и устойчивой психо-нервной организацией, сравнительно легко освобождаются от онанизма и его последствий, у лиц же, отягченных психопатическим расположением, он может послужить вызывающим моментом для развития заболевания, б. ч. в форме психастении. В ряде случаев онанизм представляется не только причиной душевной болезни, сколько ее последствием, одним из выражений уже развивающегося душевного расстройства, сопровождающегося усилением полового влечения, как маниакально-депрессивный психоз, или падением этического чувства, как dementia praecox, прогрессивный паралич. Итак, вредное значение онанизма весьма относительно; в одних случаях вредного влияния не наблюдается, в других оно ничтожно и легко исправимо, в третьих оно представляется более существенным и в четвертых оно не является причиной, а следствием, осложняющим развивающееся душевное заболевание.

Следующая форма качественного извращения полового влечения выражается в активной или пассивной половой жестокости и кровожадности; Krafft-Ebing предложил для обозначения этой формы термины садизма и мазохизма, воспользовавшись именами писателей — маркиза de Sade и Sacher-Masoch которые в своих романах и повестях, особенно первый, страдавший описанным им извращением в сильной степени и окончивший свою жизнь в заведении для душевно-больных (Charenton в Париже), дали богатый материал в

---

*) Lowenfeld. 1. с [474]), S. 136.

этом направлении; под садизмом подразумевается половое влечение, удовлетворение которого связано с причинением об'екту полового вожделения различного рода мучений, начиная с невинных болевых ощущений и кончая зверскими истязаниями и даже убийством; при этом в большинстве случаев половое влечение направлено к лицам противоположного пола, хотя не исключаются и гомосексуальные стремления; мазохизм представляет явление обратное садизму и заключается в том, что лицо, испытывающее половое влечение, достигает удовлетворения, само подвергаясь различным издевательствам и мучительствам со стороны об'екта своей страсти, т. е., играя в половом акте пассивную роль. Термины «садизм» и «мазохизм» общеприняты, но так как они представляются производными собственных имен, то ими не обозначается явление по существу; поэтому неоднократно делались попытки заменить их другими; так, Черемшанский*) предложил термины полового насильничества и полового страдальничества, Стефаневский [488-480]) — эротического тиранизма и пассивизма; нельзя не признать, что эти названия передают явление совершенно неточно и что они довольно искусственны; наиболее удачное обозначение предложено Eulenburg'ом**), так как в нем сочетаются понятия боли, кровожадности, жестокости (aXyoc) с половой страстью, сладострастием (layvsia): активная и пассивная алголагния.

Алголагния наблюдается, как среди мужчин, так и среди женщин, при чем активная ее форма чаще встречается у первых, а пассивная у вторых; это становится понятным, если принять во внимание активную роль мужчины в половом акте и пассивную женщины. Алголагния представляется, повидимому, патологическим развитием существующего в нормальном половом акте, хотя и в зачаточном состоянии, влечения к насилию и причинению боли; между чувством сладострастия и болью есть некоторая связь, которая обнаруживается у особенно аффективных личностей (Krafft-Ebing). Садистические акты выражаются в самых различных степенях и формах своего проявления, начиная со сравнительно невинных, как легкие щипки, царапание, и до самых утонченных и зверских пыток и издевательств над жертвами до убийства включительно; иногда дело ограничивается простым уколом булавкой до появления капли крови, в других случаях по мере нарастания полового возбуждения алголагнические действия достигают непредвиденно крупных размеров; сечение жертв розгами и плетями представляет обычное явление; описаны случаи, когда садисты за деньги нанимали женщин, подвергавшихся затем истязаниям, напр., вкалыванию в различные части тела по несколько сотен булавок; как активные, так и пассивные алголагнисты для достижения полового удовлетворения далеко не всегда нуждаются в половом сношении; нередки уже самый процесс активного или пассивного истязания приводит к эякуляции; дети, как существа беззащитные, легко являются жертвами этого извращения; иногда эти жертвы поставляются содержателями домов терпимости. Известны т. наз. «подкалыватели», которые, выслеживая свою жертву, где-нибудь в уединенном месте подкалывают ее ножом или стилетом сквозь платье до легкого ранения, при чем этим самым уже достигают полового удовлетворения. В указанных мною литературных источниках приводится богатая казуистика рассматриваемого извращения, на почве которого совершаются ужасные и кошмарные преступления. Описаны случаи, когда истязатель вкалывал нож в половые части своей жертвы и получал половое удовлетворение при виде струившейся крови; в других случаях жертва разрезывалась на куски, иногда половое сношение совершалось с уже задушенной или зарезанной жертвой; в девяностых годах минувшего столетия терроризировал население Лондона т. наз. Джек-потрошитель (Jack the ripper), произведший ряд кровавых и однообразных преступлений: обыкновенно по ночам он нападал на проституток и убивал их, вспарывая живот; выяснилось впоследствии, что это делалось ради садистических целей; аналогичные случаи наблюдались и в других странах. Крайние степени садизма, завершающиеся убийством и половым сношением с убитою жертвою, незаметно переходят в половое влечение к мертвым, к трупам, которые подвергаются осквернению посредством полового сношения с ними, нередко после предварительных манипуляций в виде ласк или садистических действий, как разрезывание на куски, вынимание внутренностей и даже поедание их, или дело ограничивается издевательством, дающим половое удовлетворение, онанированием над трупом; эта форма извращения носит название некрофилии (necrophylia).

Яркими примерами крайнего садизма и некрофилии служат описанные еще в старой литературе случаи маршала Gilles de Rays и сержанта Bertrand. Маршал, бывший соратником по оружию Жанны Дарк, страдал неодолимым влечением к истязанию детей, заканчивавшемуся их убийством; это влечение возникло у него в зрелые годы после чтения книги Светония о жизни и нравах римских цезарей; содержание книги и рисунки вызвали подражание со стороны маршала, перешедшее в неодолимую половую страсть; удалившись в свой замок, он приобрел себе сообщников, вместе с которыми погубил до 800 детей; королю Карлу VII маршал прислал письмо, извещавшее, что он оставляет службу и удаляется в свой замок потому, что одержим пожирающей его страстью настолько, что не ручается за жизнь дофина, об убийстве которого он уже думал.

Описаны случаи сексуального осквернения трупов монахами, лицами, подкупавшими прислугу в домах, где были покойницы, и дефлорировавшими их.

Bertrand забирался на парижские кладбища, разрывал могилы руками, кинжалом, лопатой и разрезал трупы на куски, руками вырывая внутренности; сначала он не интересовался полом трупа, затем стал предпочитать женские трупы и

---

*) Черемшанский, см. Krafft-Ebing, русск. перев., 1. с, [438]), стр. 364.

**) Eulenburg, 1. с. [478]), стр. 113.

несколько раз имел с ними половые сношения: в течение ночи ему случалось посещать не одно кладбище и разрывать до 15 свежих могил; влечение, с которым он не был в силах бороться, овладевало им приблизительно каждые две недели и достигало таких размеров, что однажды он, чтобы выбраться из крепости и попасть на кладбище к свежей могиле только что похороненной девушки, переплыл ров, в котором плавали льдины; его не останавливало разложение трупа, он удовлетворялся, «довольно порядочным» его состоянием; каждый приступ влечения сопровождался тяжелой головной болью и, повидимому, некоторым изменением сознания. Сам Bertrand считал свое состояние болезненным*).

Пассивная алголагния или мазохизм представляет явление противоположное садизму, выражаясь в аналогичных актах, вызывающих половое возбуждение у лица, им подвергающегося; степени мазохизма тоже весьма разнообразны; подобно тому, как сечение жертвы довольно распространено среди садистов, сечению и бичеванию (flagellatio) охотно подвергаются и мазохисты; бичевание может быть самым легким, почти не причиняющим боли, и может достигать характера зверского истязания; оно является то подготовительным актом для развития полового возбуждения и эрекции, необходимых для совершения полового сношения, то уже само по себе служит источником полового удовлетворения; встречаются случаи, когда бичевание вызывает половое возбуждение у третьего лица, являющегося лишь зрителем; в публичных домах случалось находить станки, служившие для привязывания истязуемых. К числу пассивных флагеллантов принадлежал J.J. Rousseau. Бичевание и самобичевание, входившее в обычай некоторых монашеских орденов, в значительной степени поддерживалось развивающимися при этом сексуальными мотивами. Казуистика пассивной алголагнии, конечно, отличается меньшим богатством, чем активной, что вполне понятно, так как садист удовлетворяет свою половую страсть над другим лицом, сам не испытывая чувства боли, между тем как мазохист, сам являясь об'ектом истязания, не доводит его дальше известных пределов, определяемых чувством самосохранения. Тем не менее и пассивная алголагния протекает иногда в крайне жестоких формах; так, напр., описывается случай, когда один господин, пользовавшийся всеобщим уважением, периодически исчезал из дома ради удовлетворения своей болезненной страсти; за деньги он создавал себе необходимую обстановку, в которой подвергался ряду своеобразных истязаний: несколько проституток топтали его каблуками, били, бранили, оскверняли другими способами и т. д.; удовлетворив свое половое возбуждение, он прибегал к общему массажу, отдыхал и возвращался к семье, состоящей из жены и взрослых детей, ничего о похождениях своего отца не подозревавших. Этот пример поучителен еще в том отношении, что он показывает, что в ряде случаев пассивные алголагнисты в состоянии вести и нормальную половую жизнь, достигая полового удовлетворения без специальных патологических приемов. Мне известен случай, когда одна особа, страдавшая сильно выраженным психопатическим расположением, подвергалась длинному ряду сложных операций, в числе которых была операция частичной тиреодектомии и несколько чревосечений, ради удовлетворения сильного мазохистического влечения, находившего исход при такой обстановке; при этом оперировавший хирург, ничего, конечно, не подозревавший, являлся для нее об'ектом полового вожделения; в конце концов она погибла после операции. Активная и пассивная алголагния в некоторых случаях может носить смешанный характер, обнаруживая те и другие черты у одного и того же лица.

К мазохизму примыкает вызывание сладострастных ощущений посредством уменьшения притока кислорода воздуха в дыхательные пути, достигаемого душением или повешением с тем, чтобы вешаемый любитель сильных ощущений был вовремя освобождаем от петли; этот редкий способ удовлетворения полового влечения, конечно, может окончиться смертью, что и наблюдалось. Воспитанник одного из провинциальных учебных заведений, рассказывая мне подробно о различных неестественных способах удовлетворения полового влечения, процветавших в их общежитии, передал следующее: юноша укладывался на постель вниз лицом, нижняя часть его туловища покрывалась одеялами, а на его голову клали подушку; этой подушкой он придушивался до появления сладострастного чувства, а иногда и до эякуляции; способ пользовался распространением, многие из воспитанников охотно ему подвергались. Вообще, жизнь закрытых учебных заведений пестрит страницами половых извращений.

Изучение случаев активной и пассивной алголагнии показывает, что это извращение наблюдается у лиц с выраженной психопатической конституцией, у дегенератов, у лиц, обнаруживающих явления умственного недоразвития и отсталости, связанных с понижением или отсутствием этического чувства, у душевно-больных; различают случаи прирожденной и приобретенной алголагнии; прирожденные алголагнисты уже с ранних лет обнаруживают жестокость, которая развивается и укрепляется с течением времени; иногда мучительство, производимое над животными, особенно, если оно по времени совпадает с пробуждением полового чувства, является зерном, из которого выростает ядовитое растение; в других случаях первым толчком является наказание розгами, при котором присутствовал будущий садист или которому подвергался будущий мазохист; если этот акт сочетался с половым возбуждением, то этим устанавливается психологический комплекс, который в дальнейшем упрочивается. Крепостное право давало богатую обстановку для проявления и процветания садистических наклонностей. Случаи приобретенной алголагнии служат одним из выражений развивающегося и протекающего душевного заболевания, сопровождающегося эротизмом и тупостью душевного чувства, как прогрессивный паралич, старческое слабоумие, некоторые формы алкогольных и эпилептических психозов, реже маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза. Справедливость сказанного устанавливается не только изучением современной литературы и

---

*) Кроме указанной литературы, эти случаи и ряд других описаны у Legrand Saulle. [490]). См. также у Тарновского. [482]). Стр. 21.

наблюдениями, но и знакомством с описаниями старых авторов, как история маркиза de Sade, маршала Gilles de Rays и др.

Форма полового извращения, встречающаяся чаще предшествующей и выражающаяся в половом влечении к лицам своего пола, известна под общим названием homosexualitas*); мужчина испытывает влечение к мужчине, женщина к женщине; эту форму полового извращения Krafft-Ebing характеризует общим термином paraesthesia sexualis, она известна также под названием уранизма, а лица, одержимые ею, называются урнингами; корни этого названия гнездятся, повидимому, в идеализировании и даже обожествлении урнингами своего извращенного полового влечения (ovqavoc — небо, древнее божество)**). Происхождение уранизма теряется в глубокой древности, когда ему, конечно, не придавалось патологического значения: с этой же стороны явление начали рассматривать лишь с половины XIX ст. (Casper, Tardieu, Westphal).

Krafft-Ebing первый предложил классификацию урнингов, разделив их на четыре группы: это разделение удержалось без существенных возражений до настоящего времени. К первой группе принадлежат люди, у которых на ряду с преобладающим тождественнополым половым влечением выражено и влечение к противоположному полу (hermaphrodisia psychosexualis); лица, образующие вторую группу, обнаруживают половое влечение исключительно к своему полу (homosexualitas) ; в сущности, этими двумя группами охватывается все содержание гомосексуализма, так как следующие две группы являются подразделением второй; в состав третьей группы входят лица с исключительно гомосексуальными влечениями, но выявляющие при этом психический склад, свойственный в большей или меньшей степени противоположному полу; так, у мужчины появляются черты женского характера (effeminatio), а у женщины мужского (viraginitas); наконец, содержание четвертой группы, самой малочисленной, составляют гомосексуалисты с некоторыми физическими свойствами, присущими противоположному полу; сюда относятся мужчины женоподобной наружности, с отсутствием растительности на лице, обладающие высоким фальцетным голосом, черезмерным развитием грудных желез, с недоразвитием плечевого пояса при чрезмерно развитом тазовом (androgynia) и наоборот, женщины мужского склада, с усами и бородой, с грубым голосом, слабо развитыми грудными железами, с мужской походкой и строением туловища, приближающимся к мужскому (gynandria).

Главным образом и чаще всего гомосексуальные наклонности осуществляются в мужеложстве или педерастии (пыдерабпа — любовь к мальчикам); при этом половое сношение происходит per anum. Однако, далеко не все урнинги являются неизбежно педерастами, эротические отношения многих из них ограничиваются взаимным ухаживанием, поцелуями, об'ятиями, взаимным онанированием, сношением между бедер. Подобно тому, как при нормальном половом влечении одна сторона играет активную, а другая пассивную роль, то же встречаем и среди педерастов с тою разницей, что при естественных условиях активная роль принадлежит мужчине, а пассивная женщине, здесь же обе роли выполняются мужчинами; значительная часть педерастов, принимает в педерастическом акте и активное, и пассивное участие, но есть много таких, которые ограничиваются только активным или только пассивным участием (кинеды).

Как уже было сказано, корни педерастии заложены в глубокой древности: самый термин «педерастия» показывает, что чаще всего об'ектом педерастических манипуляций являлись дети; да и в настоящее время урнинги предпочитают детей и юношей взрослым. Индия, Вавилон, Египет, Иудея, Греция и Рим являются колыбелью однополой любви, достигшей пышного расцвета и открыто поощрявшейся в т. наз. высших кругах общества. Процветание педерастии на Востоке в настоящее время значительно преувеличивается, но несомненно, что она там имеет гораздо большее распространение, чем в других странах; обусловливается это исключением восточных женщин из общественной жизни, их замкнутостью; эти условия толкают пылкий темперамент южанина к неестественному половому удовлетворению, а кроме того, многоженство с резкою разницею лет между мужем и женой, связанное часто с чувственным пресыщением и излишествами, создает благоприятные условия для вырождения потомства и появления людей с психопатической конституцией, в связи с которой развиваются половые извращения*).

По свидетельству сведущих лиц педерастия на Востоке настолько приобрела право гражданства, что в средне-азиатских ханствах мальчики-танцоры (бачи) принимали участие в официальных процессиях, а Саади и другие поэты воспевают их красоту в своих стихах. Бачи обучаются танцам, пенью, носят полуженскую одежду, кокетливы и умеют возбудить своих клиентов; богатые люди считают хорошим тоном иметь на содержании бачей, если даже и не пользуются ими. Одни пользуются бачами за неимением женщин, оставляя неестественный способ при первой возможности, другие же остаются педерастами навсегда; сами бачи, большинство которых принадлежит к пассивному типу, с появлением бороды обыкновенно оставляют свое ремесло, иногда женятся и живут нормальной половой

---

*) Термины гомосексуальный и гетеросексуальный, переводимые на русский язык выражениями сходно- и разнополый, звучат двусмысленно; гораздо точнее и поэтому правильнее переводить их словами тождественно- и противоположнополый.

**) Идеализирование гомосексуализма проходит в произведениях урнингов, начиная от Платона и до Ulrich'a (Numa Numantius); Платон говорит, что есть две Афродиты; более древняя произошла без матери, она дочь Урана и называется Урания; младшая Афродита — дочь Зевса и Дианы, называется Pandemos; любовное начало первой — Уран, второй — Pandemos; этой любовью любят все обыкновенные люди, первой же, не имеющей женской части, а только мужское начало, любят мальчиков.

*) Тарновский, 1. с.[482]), стр. 8.

жизнью, некоторые же не могут уже освободиться от уранического влечения и в свою очередь прибегают к помощи бачей [491]).

Бачи вырабатываются, как результат специального, большею частью насильственного полового воспитания в определенном направлении; они профессионалы полового извращения, которому подчиняются и которое культивируют по необходимости и ради материальных выгод; конечно, среди них находятся люди в психопатическом отношении нормальные, равно как и отягощенные неблагоприятной наследственностью; первые легко отстают от неестественной привычки, у вторых же она выростает в истинное гомосексуальное влечение, нередко исключающее возможность нормального полового акта; и те, и другие эффеминируются, но у первых это выражается, как последствие профессии, как выработка приемов, обеспечивающих успех, как нечто внешнее и наносное, у вторых же, как результат гомосексуального влечения, свойственного их дегенеративной конституции. Следует различать эти два вида полового извращения: одни являются гомосексуальными по необходимости, не будучи таковыми по своей природе, другие же представляют явления истинной гомосексуальности; первые нередко охотно оставляют этот способ полового общения, предпочитая ему нормальный, вторые нередко возбудимы только в гомосексуальном направлении. Часто гомосексуальный характер полового влечения обнаруживается очень рано, с первыми, еще недостаточно сознаваемыми проблесками полового чувства; по мнению Тарновского[**]) и других авторов, совпадающему с наблюдениями, которые дает жизнь, проявления стыдливости у таких лиц обнаруживаются по отношению к своему полу, а не к противоположному; они предпочитают мужские ласки женским, «обожают» храброго, великодушного, умного и сильного мужчину, оставаясь равнодушными к женщине; с наступлением половой зрелости появляются половое возбуждение и поллюции, по ночам сопровождаемые сновидениями, в которых проносятся сладострастные картины, но соблазнительным элементом в этих картинах представляются не женщины, а мужчины; равнодушие к женщинам характеризует этих людей, и если, понимая свою ненормальность, они делают попытки нормальных половых сношений, то обыкновенно терпят крушение, еще более укрепляющее их в гомосексуальности; по отношению к нравящимся им мужчинам гомосексуалисты ведут себя так, как нормальные люди по отношению к любимой женщине: завязываются романы со всеми их атрибутами — ухаживанием, подарками, свиданиями, сценами ревности. Так прокладывается дорога к педерастическому акту. Из пассивных педерастов вырабатывается особые типы: юноша старается быть женственным, наряжается в женское платье, носит длинные, завитые волосы, открытую шею, затягивается в корсет; душится, румянится; носит браслеты, кокетничает, изменяет походку, всячески старается привлечь внимание мужчин, "развивается тот противный для мужчин и презираемый женщинами тип женоподобного мужчины, которого нетрудно узнать и по внешности" (Тарновский). Эффиминированные урнинги и в остальном своем поведении обнаруживают женские черты и наклонности, так как они занимаются женскими работами, рукоделием, вышиванием; в юношестве избегают мужских игр и развлечений и т. п. Половое влечение к лицам своего пола присуще также и женщинам с тем различием, что педерастический акт между ними невозможен; он однако не исключается по отношению к женщинам вообще и встречаются случаи, когда педерасты пользуются для своих целей женщинами, а последние охотно идут навстречу их желаниям. Женское гомосексуальное влечение и любовь издревле известны под названием amor lesbicus; по имени греческой поэтессы, повидимому, одержимой этим влечением, оно называется также sapphismus; наконец, по способу удовлетворения полового влечения, оно характеризуется термином трибадия (zdiftsiv — тереть). В смысле степени гомосексуализма, в смысле условий его возникновения, развития и внешних проявлений, тождественнополые влечения женщин обнаруживают аналогию с тем, что было сказано о мужчинах; так же рано в случаях чистого гомосексуализма просыпается половое влечение, направленное к женщине, так же в сновидениях и мечтах женщина является об'ектом активного или пассивного обладания при равнодушии к мужчине; так же завязываются романы нежные, страстные, бурные. Половое влечение удовлетворяется различными способами: просто поцелуями и об'ятиями, взаимным онанированием, сосанием половых частей (cunnilinguus), трением половыми частями на подобие coitus'a; иногда пользуются различными предметами, заменяющими половой член. По своим наклонностям гомосексуалисты могут быть активными или пассивными; первым принадлежит во всех их взаимоотношениях мужская роль, а вторым женская; среди первых попадаются мужеподобные типы, обращающие на себя внимание, как своей внешностью, так и манерами и поведением; наблюдаются также смешанные типы, удовлетворяющиеся, как активной, так и пассивной ролью. Как изящная, так и научная литература дает богатый материал для желающих подробнее ознакомиться с проявлением этой формы полового извращения.

Для характеристики женского гомосексуализма привожу письмо, полученное мною от одной швеи, написанное без знаков препинания и с большими грамматическими ошибками.

«Г. профессор! Простите меня, пожалуйста, что я вам об'ясню свою болезнь письменно, а не лично, потому что я не смогу Вам все об'яснить хладнокровно, и я уверена в себе, что я расплачусь и Вы от меня ничего не поймете. Я больна тем, что я страшно влюбляюсь в женщин; у меня эта болезнь еще с девочек, когда я была еще двенадцати лет; конечно, я влюблялась тоже в девочек; любовь моя была в том, что мне страшно хотелось целовать эту особу, сколько мне хочется; потом я начинаю охлаждаться, и со мной это проходит до следующего случая; и так это было до 23 лет; когда я стала совершенно взрослой, влюблялась я и в барышень, и в замужних, это было все равно; когда я влюблялась, понятно, я

[**]) Тарновский, 1. с.[477]), стр. 75.

страшно мучилась и страдала, об'ясиялась в любви, добивалась сочувствия; меня находили очень странной, но между прочим мне давали повод ухаживать и мне сочувствовали; и я тратила все, что я имела на подарки, и мне было так приятно, что от меня принимали, а главное, все мои стремления были в том, что я страшно добивалась своей страсти, вот именно, чтобы мне целовать и целовать без конца; в этом я находила такое счастье, что я даже забывала все на свете; и таких встреч у меня было 7 или 8, но не больше. Потом, все это мне надоедает и даже бывает противно, и я всецело начинаю избегать своей симпатии; и вот таких случаев у меня было, как я помню, девять симпатий до 23 лет. В 23 года я опять влюбилась в барышню, которую люблю до сих пор, я прямо вся измучилась, а главное, измучила эту барышню; сначала она давала мне повод ухаживать за ней так же, как и другие; все смеялась надо мной и все говорила, что скоро все пройдет, потом я ей прямо уж надоела, и она стала дерзко обходиться со мной, но почему я ее люблю очень долго, потому что она избегает со мною быть одна и даже теперь боится меня, а я еще больше влюбляюсь в нее, потому что мне страшно хотелось добиться своей страсти — поцеловать ее, сколько мне хочется; но мне этого никак не удалось сделать, за 4 года. Когда я теперь встречаюсь с ней, я совершенно вся делаюсь ненормальная, готова застрелить ее и себя, потому что она не такая, как были раньше, позволяли себя целовать, сколько мне хотелось, а она не допускает даже меня к себе близко. Вот она меня все время и посылала к доктору, говорит, что я больна. Прошу Вас, пожалуйста, нельзя ли вылечиться от этого, я вся измучилась и измучила эту барышню.»

Гомосексуализм, как уже говорилось, встречается не только в чистой, но и в смешанной форме, хотя и с преобладанием гомосексуальных стремлений сравнительно с нормальными; смешанный характер выражается также сочетанием активных половых проявлений с пассивными; этим, однако, дело не исчерпывается, так как, кроме указанных сочетаний, наблюдаются случаи разнообразных комбинаций алголагнических влечений с гомосексуальными. Существуют статистические*) данные о распространенности половых извращений; правда, сведения эти не слишком точны, так как собраны путем анкет, и выводы сделаны на основании материала довольно ограниченного численностью и не охватывающего всех групп населения; анкеты были произведены главным образом среди студентов немецких и голландских высших школ и среди рабочих; выяснилось, что на 100,000 жителей следует принять около 5400 страдающих различными формами полового извращения, в числе которых 1500 чистых гомосексуалистов; таким образом в Германии, вероятно, около 1,200,000 извращенных в половом отношении лиц, и в числе их 1 1/2 % всего населения приходится на долю гомосексуалистов; если перенести этот грубый подсчет на Россию в ее прежних границах и составе населения, то окажется, что в нашем отечестве таких лиц от 8—9 миллионов и среди них от 2—3 миллионов гомосексуалистов.

Из всего сказанного видно, что урнингами могут быть лица, поддающиеся извращенному влечению различным образом: одни становятся ими насильственным путем (бачи, развращение товарищами или отдельными лицами), другие — под влиянием примера и поощрений товарищей, напр., на Востоке, в закрытых учебных заведениях, в тюрьмах; третьи, обнаруживая гомосексуальные задатки еще с детства, со временем превращаются в урнингов как бы сами собой; все эти категории лиц должны со стороны их душевного здоровья оцениваться различно; в группе лиц, насильственно превращаемых в урнингов, конечно, встречаются самые разнообразные элементы, как здоровые, так и больные; первые сравнительно легко освобождаются от своего извращения, из вторых же, являющихся носителями более или менее тяжкой психопатической наследственности, вырабатываются истинные гомосексуалисты; во второй группе, где главную роль играет подражание и пример, поддерживаемые наличностью полового извращения, отбор патологических элементов происходит полнее; наряду со случайными урнингами, охотно переходящими к естественному половому акту, многие психопатические типы находят при упомянутой обстановке свое настоящее половое призвание; самой поучительной представляется третья группа, включающая самообразующихся и самоопределяющихся гомосексуалистов, она заслуживает с точки зрения происхождения явления наибольшего внимания: исследования показывают, что лица, входящие в состав этой группы, являются носителями психопатического предрасположения, одним из самых тяжких выражений которого оказывается извращенное половое влечение; в ряде случаев дело идет уже не только о предрасположении, а о душевном заболевании, чаще всего об умственном недоразвитии и отсталости, о ранних формах dementia praecox, об истерии; случаи гомосексуализма, развивающегося у взрослых людей, почти всегда обусловливается душевным заболеванием, иногда в виде маниакально-депрессивного психоза, а чаще всего — прогрессивного паралича помешанных.

Для выяснения генеза гомосексуализма предлагались в разное время различные теории. Рассматривая эти теории, я считаю правильным не распространять их всецело на те гомосексуальные типы, которые характеризуются терминами андрогинии и гинандрии; их надо выделить из общей группы гомосексуалистов, так как они обнаруживают такие уклонения от правильного физического развития мужской или женской особи, которые принадлежат к области тератологии; уклонения или уродства у них наблюдаемые, как борода и усы у женщин, грубый голос, слабое развитие грудных желез, распространение волос на лобке по мужскому типу, форма туловища, и наоборот, ряд женских признаков у мужчин, могут быт об'яснены только как результат пониженной функции определенных желез внутренней секреции, как половые железы и мозговой придаток, степень функции которых в смысле количества, качества и взаимоотношения их секретов обусловливает развитие или неразвитие перечисленных признаков, определяющих пол; в этих случаях развитие пола не идет в соответствии с психическим складом и наклонностями данных лиц, так как самый пол не выражен с достаточной

*) Lowenfeld, 1. c. [474]), S. 292.

определенностью; это физически средние типы с большим преобладанием в направлении мужского пола, к которым название гомосексуалистов даже не всегда применимо с полным основанием. Вот, почему теории, об'ясняющие возникновение гомосексуализма влиянием на психику данного индивидуума, не могут быть всецело перенесены на эту категорию людей.

Старое допущение, что гомосексуализм является выражением того, что женский мозг заключается в мужском теле обратно, высказанное Ulrich'ом, Gley и поддерживаемое Magnan[492]), конечно, не об'ясняет явления; это не более, как чисто диалектическое толкование, даже неприложимой к случаям активного гомосексуализма. К таким же необоснованным гипотезам относится и предположение Mantegazza, ставящего уранизм в причинную зависимость от анатомо-физиологической аномалии, выражающейся в распространении периферических нервов половых органов на прямую кишку, включаемую таким образом в эротогенную область. Krafft-Ebing[*]) рассматривает уранизм, как прирожденное явление, свойственное носителям тяжелого психопатического расположения; к этому выводу его приводят следующие основания: раннее начало полового влечения у гомосексуалистов, экзальтированный характер их любви и сила полового влечения, наличность у них физических и психических признаков вырождения, неврозов, психозов, умственной отсталости, а иногда частичной одаренности, и наконец, тяжелый невропсихопатический анамнез в восходящих поколениях; извращенное направление полового влечения имеет свои корни, определяется уже в зародышевом периоде жизни человека. Однако, взгляд на прирожденное происхождение гомосексуального влечения далеко не встретил общего признания: он может быть приложимым к случаям тератологическим, как андрогиния и гинандрия, в которых пол не представляется анатомически и биологически вполне определенным, но по отношению к гомосексуализму вообще взгляды Kriafft-Ebing'a встречают существенные возражения; выразителем их явился Schrenck-Notzing [493]); по мнению последнего анализ случаев болезненного полового влечения показывает, что эмбриональная теория его происхождения недостаточно обоснована; оказывается, что выдающееся значение в направлении полового влечения принадлежит случайным условиям обстановки, в которой оно развивается; прирожденной является известная слабость нервной системы, психопатическая конституция, выражающаяся в расположении к образованию вынужденных, насильственных ассоциаций, содержание и направление которых дается внешними условиями; следовательно, половые извращения возникают, как результат влияния неблагоприятной внешней обстановки, вызывающей у лиц, одержимых невро- и психопатическим предрасположением, образование соответствующих патологических ассоциаций; правильность своего взгляда Schrenck-Notzing подтверждает случаями успешного влияния психотерапии при гомосексуализме. Eulenburg и ряд других авторов, не примыкая всецело к теории Schrenck-Notzing'a, признают психопатическое расположение необходимым условием для развития полового извращения, за исключением лиц, в жизни которых оно пробегает случайным эпизодом; отмечено (Lowenfeld), что психопатическое расположение, будучи обязательным условием для развития полового извращения, в то же время не обусловливает обязательного его развития; очевидно, что кроме психопатического расположения необходимы еще некоторые условия, которые Schrenck-Notzing связывает с влиянием внешней среды. Более определенно выраженная и стройная теория предложена Freud'ом[**]). В гл. XXI мы изложили взгляды Freud'a на половую жизнь в детском возрасте (инфантильную сексуальность) и ее проявления; напомним, что по Freud'y ребенок аутоэротичен; ему присущи анальные и генитальные эротогенные зоны, а также сексуальный акт в форме сосания; отсюда вытекает заключение, что извращенная половая жизнь есть возвращение к инфантильной сексуальности. По терминологии Freud'a лица, обнаруживающие половое извращение, инвертированы, самое извращение есть инверсия. Инверсия может быть абсолютной, амфигенной (hermaphrodisia psychica) и случайной; далеко не всегда правильно рассматривать все случаи инверсии, как результат дегенерации, так как последняя может признаваться лишь при наличности ряда тяжелых симптомов уклонения от психической нормы при понижении работоспособности и способности выдерживать борьбу за существование; однако, далеко не все инвертированные таковы (инверсия у древних и первобытных народов, случайная инверсия). Развитие инверсии об'ясняется многоразличными случайными влияниями, но при условии существования в самом индивидууме благоприятной почвы. Нельзя все извращения считать патологическими, так как оттенки их и слабые проявления имеются у совершенно нормальных людей; но некоторые извращения так далеко уклоняются от нормы, что должны признаваться патологическими, особенно в тех случаях, где половое влечение преодолевает все стоящие на его пути сопротивления, как стыд, отвращение, страх, боль (копрофагия, некрофилия и т. п.). Извращение безусловно болезненно, когда оно при всех условиях вытесняет и заменяет собою нормальные отношения, когда оно фиксировано и является единственным способом удовлетворения полового влечения. Freud полагает, что в основе извращения есть нечто врожденное, свойственное всем людям, колеблющееся в своей интенсивности и проявляющееся в зависимости от внешних условий, это - корни полового влечения; в одних случаях они развиваются в истинных носителей сексуальной деятельности (у извращенных), в других они бывают подавлены (вытеснены), но недостаточно (амфигенная инверсия), в третьих, наиболее благоприятных, они совершенно вытесняются, уступая место нормальной половой жизни. Таким образом, первые случаи по

---

[*]) Krafft-Ebing, 1. c. [479]), S. 216.
[**]) Freud, 1. c. [418]).

Freud'у представляются патологическими, развившимися в инфантильное половое влечение. Мы очень близко подойдем к теории Freud'a, если скажем кратко: половые извращения гомосексуального типа развиваются на основе психопатического расположения; внешние условия (воспитание, среда, случайная обстановка), действуя на предрасположенного индивидуума, вызывают развитие извращений, которые фиксируются при наличности психопатического расположения; при более благоприятных условиях возникают амфигенные формы, а здоровые организмы даже при неблагоприятных внешних условиях могут выходить победителями; при отсутствии неблагоприятных внешних условий для здоровых особей нет никакой опасности, для патологических же опасность все-таки остается, так как достаточные для них неблагоприятные внешние влияния, хотя незначительные и даже мимолетные, обычно встречаются в том или ином виде.

Девочка, 8 лет, единственная дочь обеспеченных родителей, избалованная особа; сильно онанирует, иногда долго и непрерывно; раздражает genitalia пальцами, трением бедер, ерзаньем на стуле, трением о край стула и другие предметы, возле которых стоит; онанирует даже в церкви; аутоэротична — любуется собой, целует свои руки; эротические фантазии гомосексуального характера; с вожделением смотрит на свою мать и особенно к ней прижимается; чтобы избегнуть надзора, препятствующего онанизму, прибегает к обману и хитрости; для онанистических целей пользуется животными; первый раз это было обнаружено матерью, которая однажды долго ее искала, пока случайно не увидела такую сцену: девочка стояла в кустах и держала за ошейник собаку, лизавшую ей genitalia; к этому способу она прибегала много раз. — Как же произошло такое раннее пробуждение полового возбуждения в таких резких и уродливых проявлениях? Когда девочке было 6 лет, ушла ее гувернантка; мать как раз в это время должна была уехать на несколько недель и согласилась, чтобы не оставлять девочку в одиночестве, взять в дом балетную танцовщицу, с целью выучить дочку танцам, танцовщица прожила в доме только две недели, но за это время выучила девочку взаимному cunnilinguus; насколько благоприятный материал в сексуальном отношении представляла девочка, видно из дальнейших последствий; высокая ранимость ее сексуальной конституции об'ясняется следующими анамнестическими сведениями: отец нервный и раздражительный человек, все члены ее семьи исключительно нервные люди; сестры матери отца сильно предавались онанизму, страдали психозом; сестра деда девочки со стороны отца очень эротична, всю жизнь прожила свободно в этом отношении, до настоящего времени «увлекается». — В этом случае совершенно отчетливо выступают, как внешние неблагоприятные условия, так и психопатическое расположение, которым наделили девочку ее предки.

На основании исследований Steinach'a (Wien) происхождение случаев прирожденного гомосексуализма должно быть об'яснено иначе, чем это делают до настоящего времени. Начав свои исследования на животных, свинках и крысах, в 1910 году, Steinach постепенно дошел до человека [498a-498c]),

Steinach'у удалось доказать, что развитие возмужалости отнюдь не связано с семенными клетками, но исключительно с нормальной деятельностью внутренних половых желез (Pubertatsdrusen),которые обусловливают не только полное и правильное развитие половых органов и других соматических половых признаков, но и специфическое настроение или эротизм, от которого зависит половое влечение, его направление и выражение. Пересадка яичников кастрированным самцам и мужских желез кастрированным самкам вызывает у них не только появление физических половых признаков противоположного пола, но и изменение полового влечения в соответствующем направлении, сопровождающееся соответствующим поведением. Гормоны мужских половых желез подавляют гормоны женских и обратно; полное преобладание тех или других, наблюдаемое при нормальных условиях развития, и определяет постоянное направление полового влечения. Пересадкой мужских желез самцам и женских самкам Steinach достигал усиления эротизма, которое он называет гипермаскуляризацией и гиперфеминизацией.

В 1915 г. Steinach'у представился случай проверить правильность своих исследований в применении к человеку, у которого гомосексуализм обнаружился в резко выраженной форме с 14 лет, хотя изредка у него и проявлялись гетеросексуальные стремления в сравнительно слабо выраженной степени; в возрасте 30 лет ему пришлось удалить оба яичка вследствие туберкулезного их поражения; Lichtenstern, производивший операцию, одновременно пересадил больному половую железу, вырезанную у крипторхиста; железа была разрезана пополам и пересажена по обе стороны живота на m. transversus. Через 6 недель после операции психический склад и поведение больного изменились: в нем быстро и сильно проявился эротический интерес к противоположному полу, появились соответствующие сновидения, сильное напряжение полового члена; пациент стал прибегать к coitus'у с женщинами; у него появилась мужская растительность, усы и борода, раньше отсутствовавшие, исчезла жировая подкладка женского типа. В 1917 году он женился. Микроскопическое исследование половой железы этого бывшего гомосексуалиста, излеченного Steinach'ом при содействии Lichtenstern'a, и исследование желез еще пяти гомосексуалистов обнаружило в их железах присутствие половых клеток двоякого характера — сморщенных, атрофированных, васкуляризированных, и большого количества хорошо развитых, с большим количеством протоплазмы; Steinach рассматривает первые, как мужские, а вторые, как женские. Взаимоотношением этих двух противоположных элементов и определяется половое развитие и влечение в определенном направлении; полное преобладание одних и вытеснение других наблюдается при нормальных условиях; различные степени взаимоотношения с преобладанием тех или других элементов приводят к различным степеням физического и психического гермафродизма и гомосексуализма.

На основании этих исследований необходимо заключить, что приведенная мною теория психических комплексов имеет значение для случаев приобретенного гомосексуализма и для случаев, в которых взаимоотношения мужских и женских элементов представляются неопределенными и колеблющимися.

Случаи же психического гермафродизма и чистого гомосексуализма во всех его разновидностях об'ясняются именно с точки зрения Steinach'а, правильность взглядов которого особенно подтверждается тем, что прямым последствием его теории является возможность излечивать гомосексуалистов.

Менее распространенный вид полового извращения есть скотоложство, soophylia sexualis; большое распространение этого извращения, подобно уранизму, связывается с Востоком и об'ясняется теми же причинами; животными пользуются для целей полового удовлетворения, как мужчины, так и женщины, обнаруживая гетеросексуальное направление полового влечения; эротическим целям служат обыкновенно крупные животные — кобылы, коровы, ослицы, из более мелких — козы, собаки, свиньи, наконец, из мелких, — кошки, кролики и птицы; в последнем случае дело идет о садизме особого направления. Как и другие виды половых извращений, скотоложство может носить случайный, эпизодический характер, но наблюдаются также случаи, где оно выступает в качестве постоянного явления, стойкого извращения; садисты пользуются животными, подвергая их страшным мучениям и истязаниям, убивая их; описаны случаи вырывания внутренностей у живых животных. Поэтическая легенда о лебеде и Леде, представляясь одним из первых литературных описаний зоофилии, говорит в то же время о древнем происхождении этого извращения.

Весьма разнообразную по своему внешнему выражению и содержанию форму полового извращения представляет фетишизм или половой символизм; фетишем, амулетом, символом служит обыкновенно какой-нибудь предмет, принадлежащий другому полу, часть тела; существо явления заключается в том, что у фетишистов половое возбуждение и особенно половой акт оказывается осуществимым только при наличности фетиша; в одних случаях половое удовлетворение оказывается возможным и достижимым лишь в присутствии фетиша, при реальной его наличности, в других оно осуществляется вполне удовлетворительно уже при представлении предмета, служащего фетишем, при его воображении; являясь фактором, эквивалентным обстановке нормального полового возбуждения, обстановке, вызывающей это возбуждение, воображаемый или реальный фетиш должен находиться в теснейшей ассоциативной связи с эротическими представлениями.

Фетиш может иметь относительное и абсолютное значение: в первом случае его отсутствие вызывает лишь затруднение полового акта, задержку и слабость половой возбудимости, во втором случае — полную его невозможность. В одних случаях фетиш является лишь частью обычной обстановки, необходимой для нормального полового сношения; без фетиша половой акт не удается (порча); в других он приобретает самостоятельное значение, и половое возбуждение возникает и разрешается в его присутствии без нормального полового акта, а путем самопроизвольного извержения семени или посредством онанирования.

Чаще всего фетишами служат принадлежности женского туалета, как чулки, башмаки, панталоны, юбки, подвязки, чепчики, передники и т. под.; фетишист всякими способами добывает эти предметы, не останавливаясь перед кражей; ласкает их, онанирует в их присутствии; иногда эти предметы должны отличаться особыми свойствами, цветом и форматом, должны быть чистыми, грязными, испачканными менструальной кровью; в других случаях это части тела — рука или нога, маленькая, большая, грязная, одетая в определенного цвета чулок или определенного фасона сапоги; фетишем может явиться тот или иной цвет глаз или волос; женские волосы, как таковые, косы; ради получения их фетишисты рискуют даже отрезать косы, пользуясь удобным моментом. О т. наз. подкалывателях, представляющих переходную форму между фетишизмом и садизмом, было сказано выше. Если бывают формы фетишизма, которые нельзя не признать изящными, напр., появление полового возбуждения, связанное с удачей полового сношения, только при виде или воображении цветка розы, то другие формы для нормального человека безусловно отвратительны, напр., появление полового возбуждения при виде мочащихся или испражняющихся женщин, при питье мочи[497]), вымазывании себя испражнениями; своеобразная разновидность полового фетишизма, неоднократно описанная в литературе, выражается в половом влечении к старухам или старикам (геронтофилия); иногда представление старческого, сморщенного лица оказывалось достаточным, чтобы дать половую силу такому фетишисту по отношению к молодой особе.

Под названием эксгибиционизма подразумевается такой род фетишизма, который заключается в показывании собственных половых органов лицам противоположного пола, что обыкновенно сопровождается эякуляцией; свои манипуляции эксгибиционисты проделывают в уединенных местах, в публичных домах; эксгибиционизм выражается не только в показывании genitalia, но и в других обнажениях. Особый вид фетишизма выражается в половом влечении к статуям — пигмалионизм; в одних случаях это настоящие статуи, в других живые, лишь изображающие различных богинь (Юнону, Венеру и др.); дело не идет обычно о половом сношении, но о любовных ласках, заканчивающихся эякуляцией. Описанная уже выше некромания или некрофилия, являясь крайним выражением садизма, относится в то же время к области фетишизма.

Фетишизм не всегда наблюдается в чистом виде, нередко встречаются смешанные картины с другого рода половыми извращениями. Ради иллюстрации этого явления и для более наглядного выяснения его происхождения воспользуемся несколькими примерами.

Молодой человек 26 лет, жен. 4 года, имеет ребенка; с трудом окончил университет, в котором получил место; с детства и до настоящего времени ночные страхи и крики; раздражителен и эгоистичен; мало занимаясь своим делом, проводит время с товарищами, больше с дамами, постоянно убегает из дома, с женой то обращается грубо, то нежно, не в состоянии усидчиво работать больше 30-40 мин.; все время собирается писать ученую работу и сдавать экзамены, но

все это не идет дальше слов; повышенного мнения о своих способностях, которых, однако, не проявляет; часто выпивает. Отец и дед тяжелые алкоголики, мать со странностями. Единственный сын у родителей. Анемичен. Половое влечение проявилось рано, удовлетворялось онанированием. До брака половых сношений не имел, несмотря на то, что половое возбуждение было частым и сильным. Уже давно его внимание привлекала изящная дамская обувь, представление которой ассоциировалось с представлением о ногах и давало толчок для пылких эротических картин фантазии; он обращал внимание на изящно обутые женские ноги, часами простаивал у окон сапожных магазинов; однажды в трамвае он обратил внимание на молодую девушку, ботинки которой поразили его своим изяществом; он заговорил с ней, познакомился, начал энергично ухаживать и вскоре женился; в первые месяцы брака libido sexualis выразилось настолько сильно, что жена считала себя мученицей; особенность его полового влечения выражалось в том, что большое значение в нем имела обувь жены, которой она не должна была снимать при половых сношениях; снимал и одевал ботинки жене он сам, прижимал ее ноги в ботинках и отдельно ботинки к груди, нянчился с ними, как с ребенком, ласкал и целовал; сверх того он оказался cunnilinguus. Все свое небольшое содержание он тратил на ботинки жене, ходил с нею по магазинам; выписывал иллюстрированные прейскуранты обуви от лучших фирм Петрограда, Вены и др., любовался часто рисунками обуви; сам целыми ночами просиживал, рисуя красками обувь всевозможных сортов; при этом он вел горячие диспуты с женой о том, какого цвета должна быть обувь, как лучше расположить пуговицы, какие сделать каблуки, и очень сердился при нежелании жены заниматься этими вопросами. Временами больной обращался за врачебной помощью, лечение помогало ему мало, в течение 4-х лет нашего знакомства состояние его почти не улучшилось. Свои служебные обязанности он исполнял с трудом, тем не менее, ему удалось занять место преподавателя в одной из гимназий. — Phetichismus et cunnilinguus у человека, обнаруживающего резко выраженные явления психической дегенерации при тяжелой психопатической наследственности.

Студент 24-х лет, обратился за помощью, сознавая ненормальность условий, вызывающих у него libido sexualis; лет с 15-ти он обратил внимание, что вид испражняющихся мальчиков вызывает у него эрекцию, сопровождающуюся сладострастным чувством; это чувство вызывается и поддерживается даже при одном представлении соответствующих картин; с течением времени описанное зрелище доводило больного до эякуляции, для достижения которой сначала требовалась усиленная работа воображения, а потом она происходила легче и быстрее. Для удовлетворения своего влечения больной с успехом пользовался следующим приемом: он поступал, репетитором в семьи, в которых имелись маленькие дети; быстро приобретал доверие семьи и любовь детей, поселялся в детской, чему многие родители были очень рады, и здесь получал возможность необходимых ему переживаний. В анамнезе родных — душевные заболевания и алкоголизм. Сам нервный и неуравновешенный человек, сильно тяготится своим болезненным пороком, от которого всячески желает избавиться. Попытки нормальных половых сношений всегда неудачны. При предварительном знакомстве с больным удалось установить следующее: мальчиком он жил в одной комнате со своим старшим братом, который использовал его для своих педерастических целей; сделавшись пассивным педерастом, со временем он начал выступать и активно, однако, этот способ не казался ему идеальным, и как только однажды он заметил, при каких условиях он получает половое удовлетворение, он тотчас же оставил педерастию. С течением времени после сильной борьбы больной направил свои мысли в нормальную сторону; у него появилась симпатия к одной девушке, появились мысли о браке; однако, после тщательной проверки своих чувств он поступил честно, отказавшись от брака. В этом случае дело идет о тяжелом фетишизме, смешанном с уранизмом; уранизм исчез, вытесненный фетишизмом, но сообщил фетишизму гомосексуальный характер.

Следующий пример, сообщенный Даркшевичем [494]), показывает, в какие Своеобразно уродливые формы выливаются половые извращения; холостой, интеллигентный мужчина 41 года, без тяжелой наследственности, обнаруживающий ряд неврастенических признаков; никогда не имел половых сношений с женщинами, всегда его половые симпатии привлекали мальчики и юноши, которые в сновидениях являлись об'ектом его половых стремлений; однако, он никогда не прибегал к ураническим приемам и, понимая свою ненормальность, всячески воздерживался от полового акта; около 5 лет т. наз. совершенно случайно он открыл способ удовлетворять свое половое влечение, заключавшийся в следующем: он сажал мальчика к себе на колени и под тем или иным шуточным предлогом заставлял его плевать себе в открытый рот; эта процедура не только вызывала у него половое возбуждение, но быстро заканчивалась эякуляцией; иногда с тем же успехом он входил в соглашение с нравившимися ему юношами; ни к какому иному способу он не прибегал. — Ясно, что в этом случае дело идет: об очень сложном сочетании фетишизма гомосексуального характера с окраской мазохизма.

Упомянем еще об одном находившемся под нашим наблюдением случае Фетишизма, развившегося у пожилого, женатого человека в начальном периоде прогрессивного паралича помешанных; больной был импотентен; но половое вожделение возбуждалось у него крестьянскими женщинами в грубых и грязных сапогах; во время одного переезда с женою по железной дороге он увидел на станции женщину в сапогах, соответствовавших его половому идеалу; выскочив из вагона, он устремился за нею, затерялся в толпе и с трудом был водворен обратно.

Как видно из сказанного и из приведенных примеров, как это доказали Binet[495]), Schrenck-Notzing[493]) и др., фетишизм может возникать из случайных впечатлений, связанных с эротической обстановкой; вступая в прочную ассоциативную связь с сексуальными переживаниями и представлениями, фетиш в известных случаях приобретает преобладающее значение, настолько существенное и господствующее, что половой акт без него не представляется возможным; в других же случаях значение фетиша становится настолько самостоятельным и самодовлеющим, что для полового удовлетворения половое сношение оказывается излишним, так как эякуляция наступает уже в присутствии фетиша, как такового, или заменяется приемом, имеющим для фетишиста значение равноценное половому сношению. Однако, фетишизм развивается не у всех людей, а для его возникновения требуется наличность психопатического расположения и даже душевной болезни.

Как и в других видах половых извращений, наблюдаются, помимо случаев чистого фетишизма, различные сочетания его с другими извращениями в очень сложных и трудных проявлениях.

Фетиш вплетается в сложную дугу ассоциативного процесса в качестве привычного раздражителя, без которого половое возбуждение и эрекция не развивается; его отсутствие является тормозом для проявления полового возбуждения, он представляется необходимой составной частью условного рефлекса.

При периодических формах душевного расстройства, при маниакально-депрессивном психозе, встречаются половые извращения, развивающиеся в течение маниакального периода болезни и также имеющие периодический характер. Большею частью это бывает не при выраженных резко маниакальных состояниях, а при циклически протекающих гипоманических, при т. наз. циклотомиях.

К группе фетишизма относится также еще более или менее стойко выраженное стремление к постоянным или временным переодеваниям — мужчин в женские костюмы, а женщин в мужские; это довольно распространенное явление имеет давнее происхождение, но сравнительно недавно оно получило правильную оценку; конечно, говоря здесь о переодевании, мы подразумеваем не случайное переодевание, вызванное разными обстоятельствами, ничего общего с сексуализмом не имеющими, а переодевание, связанное с эротическими представлениями и стремлениями; переодетым (transvestiti) сексуалистам посвящена большая монография, рассматривающая этот вопрос всесторонне (Hirschfeld[486]). Подобно всем рассмотренным нами группам, группа трансвеститов представляется довольно сложной и пестрой по своему составу; в основе переодевания лежит стремление носить костюм, свойственный лицам противоположного пола, вытекающее из психического склада данного лица, характеризуемого чертами, присущими противоположному полу (женственные мужчины и мужественные женщины); при этом направление полового влечения и способ его осуществления в значительном числе случаев представляется нормальным, но часто трансвестизм обусловливается гомосексуальными влечениями, при чем костюм соответствует активной или пассивной роли, принадлежащей данному лицу (переодевание активной гомосексуалистки в мужское платье и пассивного урнинга в женское). Психопатологическое происхождение трансвестизма и влияние на его возникновение и развитие внешних условий (воспитания, среды и случайных факторов) представляется аналогичным значению упомянутых элементов в происхождении фетишизма и половых извращений вообще.

В одном из провинциальных городов обратилась ко мне за медицинской помощью молодая женщина, одетая в военное платье; почти с самого начала войны 1914 года она поступила добровольцем в один из полков и в течение нескольких лет принимала участие в кампании, получив знаки отличия за свои подвиги; ее развязные манеры, мальчишеский вид и постоянное участие в различных кутежах привели к тому, что большинство и не подозревало в ней женщину. Откровенно рассказывая историю своей жизни, больная сообщила следующее: отец ее умер от душевной болезни, когда ей было всего 4 года; с детства она любила общество мальчиков, среди которых росла, и часто одевалась в их костюмы; благодаря неразумному отношению к спиртным напиткам в семье, уже с 5 лет она начала пить и постепенно пристрастилась к вину; с 14 лет обнаружились извращенные половые наклонности гомосексуального направления, выразившиеся сначала в ухаживании за девочками и влюбчивости, со временем принявшие реальные формы активного гомосексуализма; постоянные кутежи с пьяным возбуждением, тратой денег; посещение различных вертепов; много похождений в мужском платье; загородные поездки с компанией, которую она сама возила, одевшись извозчиком; о похождениях своих рассказывает довольно цинично, выражаясь о себе в мужском роде. Имела много связей с женщинами, сильно ревновала их и однажды даже дралась на дуэли. Выйдя замуж ради материальных интересов, тотчас же оставила мужа, цинично мотивировав свой уход, и продолжала прежний образ жизни. Перенесла несколько приступов delirium tremens. — Случай фетишизма в виде трансвестизма, гомосексуализм; тяжелая психическая дегенерация и алкоголизм.

История всех времен и народов дает много примеров половых извращений, обнаруживавшихся личностями, стоявшими на разных ступенях общественной лестницы и занимавших самые разнообразные положения в жизни; все это люди с выраженной психопатической наследственностью и расположением, частью душевно-больные, нередко умственно-отсталые, а иногда талантливые. Описание жизни и нравов римских цезарей, составленное Светонием, дает богатейший материал не только в смысле иллюстрации половых извращений, но и в смысле выяснения психопатической наследственности и вырождения, а иногда и очевидного душевного расстройства, которое у них обнаруживалось; жизнеописания Юлия Цезаря (эпилептик, omnium virorum mulier et omnium mulierum vir), Тиверия, Вителия, Гелиобала, Адриана (любовь к Антиною), Нерона являют образцы самых чудовищных форм гомосексуализма, садизма, фетишизма; Нерон, напр., изнасиловав весталку, женился на кастрированном Юноше; будучи садистом, в то же время был пассивным педерастом. Императрица Юлия, Агриппина (сожительствовала со своим братом и сыном Нероном), Мессалина и др. стали синонимами извращений, в которых они конкурировали со своими мужьями. Термины «садизм» и «мазохизм» происходят от собственных имен; люди, страдавшие половыми извращениями, были среди Римских пап (Павел II, Сикст VI, Юлий II); имена Michel Angelo и O. Wild связаны с гомосексуализмом; упоминается о J. J. Rousseau (эксгибиционизм и мазохизм); высказывались подозрения, что Шекспир и Байрон были склонны к педерастии, но эти подозрения вряд ли можно считать достаточно обоснованными; при желании можно было бы распространить этот перечень в весьма широких размерах, но, имея целью лишь ограничиться несколькими примерами, я отсылаю интересующихся к указанным мною в настоящем изложении литературным источникам.

XXVII.

Психомоторные симптомы; явления гиперкинеза, акинеза и паракинеза. Психомоторное возбуждение, тики, стереотипные и ритмические движения. Автоматическая речь и письмо, персеверация и

вербигерация. Ступор и кататоническая скованность. Каталепсия; восковая гибкость членов; летаргия; каталептоидное состояние. Стереотипные позы. Мутацизм. Эхокинез — эхопраксия, эхолалия, эхомимия, эхография. Парамимия. Автоматическая подчиняемость. Негативизм. Симптом Ganser'a. Клиническое значение и об'яснение психомоторных явлений. Значение психологических теорий. Теория нарушения иннервационного взаимоотношения между корой головного мозга и подкорковыми центрами.

Волевые акты состоят из волевого процесса, т. е., внутренней или интрапсихической части всего акта, протекающей с соответствующими суб'ективными переживаниями, и его внешнего или двигательного выражения; двигательные акты, происхождение которых не связано с волевым процессом, т. е., не обусловлено определенной инициативой, принадлежащей данному лицу, не вызвано сознаваемыми этим лицом мотивами, называются психомоторными симптомами или движениями [444]); в одних случаях психомоторные акты бывают довольно простыми, в других они заставляют предполагать наличность у больного сложной и обширной интрапсихической части, которой на самом деле почти не оказывается; внешнее сходство двигательных реакций далеко не всегда позволяет умозаключать об одинаковости их внутренних мотивов; правда, не всегда удается провести точную границу между волевыми и психомоторными актами, но во многих случаях это оказывается возможным. Посмотрим, какие болезненные явления наблюдаются в этой области, имеющей скорее неврологический, нежели психологический характер.

Сюда относятся двигательные симптомы, выражающиеся в усилении двигательной функции, т. наз. явления гиперкинеза по терминологии Wernicke; гиперкинетические явления могут обнаруживаться в органах движения вообще, в речевой функции, в функции письма.

Общий гиперкинез проявляется в состояниях психодвигательного возбуждения, выражающегося рядом немотивированных и бессмысленных поступков и движений, бессистемных и беспорядочных; в этих состояниях больные прыгают, бегают, шумят, кричат, нападают, ушибаются, наносят себе различные повреждения; они не отдают себе сколько-нибудь ясного отчета в своих поступках и действиях, сознание помрачено и спутано; в некоторых случаях двигательное беспокойство проявляется в виде некоординированных движений, напоминающих хореические; по миновании возбуждения больные не всегда сохраняют о нем воспоминание и не могут мотивировать своего поведения. Психомоторное возбуждение встречается при различных формах душевных болезней, при маниакально-депрессивном психозе, раннем слабоумии, эпилептическом психозе, прогрессивном параличе, остром бреде.

Кроме общего гиперкинеза, наблюдается усиление двигательных реакций частичного характера. Сюда могут относиться тики разнообразного происхождения в том периоде своего существования, когда их психологическое обоснование утратилось, когда они превратились в привычное движение и тем самым приобрели значение психомоторного явления. К проявлениям частичного гиперкинеза принадлежат стереотипные и ритмические движения[501]), выражающиеся в неопределенно продолжительном, более или менее постоянном, монотонном повторении одного и того же движения или действия; стереотипные действия бывают разнообразными и своеобразными, то они выражаются в ритмическом движении рукой или ногой, в потираний рук, похлопывании в ладоши, в жевательных движениях, открывании и закрывании рта, кивании головой, переступании с ноги на ногу, в сгибательных движениях туловища, в хождении на подвернутых стопах и т. под. Эти движения, встречающиеся эпизодически при различных душевных заболеваниях, представляются особенно характерными для кататонии, составляя один из присущих этому заболеванию симптомов; вообще же ритмические движения, часто неправильно называемые ритмическими судорогами, особенно типичны для истерического психоневроза, что отмечалось и старыми и новыми авторами[*]) [499-500]); ритмические движения истеричных наступают припадками, включаясь в картину истерического приступа в качестве более или менее важной составной части, или возникают при строго определенных условиях положения и обстановки; происхождение их психогенное, связывается с психической травмой, с эмоциональным комплексом, который этим движением замещается (Freud, Jung); ритмические движения истериков имеют характер целесообразных действий, напр., плавательные движения, прыжки, движения защитительного типа, профессионального и др., они часто символизируют скрытое представление; стереотипные и ритмические движения кататоников отличаются другими свойствами: они не связываются с выраженным эмоциональным процессом, условиями положения и обстановки, не имеют припадочного течения, носят отпечаток случайного, нередко бессмысленного и неуместного действия.

Психомоторные симптомы частичного характера наблюдаются также в области речи [502-503]) и в области письма. Психомоторное возбуждение речевых центров выражается не связной и логической речью, нередко обильного и ускоренного, хотя бы бессвязного характера, а обильным речевым потоком или прорывом, скорее неудержимым, бессмысленным говорением, нежели речью; этот речевой поток обозначается немецким термином Rededrang. Этот симптом, имея насильственный, непреодолимый, вынужденный характер, не символизирует мышления больного. Jaspers[*]) и Bleuler[**]) характеризуют это автоматическое речевое проявление ссылкой на описание Кандинского, относящееся к наблюдаемому больному.

---

[*]) Charcot, 1. c. [321]), p. 2-15.
[*]) Jaspers, 1. c. [269]), S. 121.

Вдруг Долинин чувствует, что язык его начинает действовать не только помимо его воли, но даже наперекор ей, вслух и при том очень быстро, выбалтывая то, что никоим образом не должно было бы высказываться. В первый момент больного поразил изумлением и страхом лишь самый факт такого необыкновенного явления: вдруг, с полною осязательностью, почувствовать в себе заведенную куклу — само по себе довольно неприятно. Но, разобрав смысл того, что начал болтать его язык, больной поразился еще большим ужасом, ибо оказалось, что он, Долинин, открыто признавался в тяжких государственных преступлениях, между прочим взводя на себя замыслы, которых он никогда не имел. Тем не менее, воля оказалась бессильною задержать внезапно получивший автономию язык; и так как нужно было все-таки извернуться так, чтобы окружающие естественным путем (т е. своими наружными ушами) не могли ничего услыхать, то Долинин поспешно ушел...[***]).

Материал для такого словесного потока, наблюдаемого при различных формах душевного расстройства, особенно при эпилепсии, кататонии и истерии, дают часто лишенные смысла воспроизведения содержимого речевого аппарата, персеверации, или повторения одних и тех же слов и фраз, и случайные внешние впечатления.

Частный случай речевого гиперкинеза представляет явление, известное под названием вербигерации; по определению Kahlbaum'a [504]), это есть психопатическое проявление, при котором больной повторно произносит лишенные значения или не имеющие между собой связи слова и фразы, вследствие чего получается лишь внешнее впечатление речи. Это симптом аналогичный двигательным стереотипиям, так как часто выражается в повторении одного и того же слова, слога, фразы, звука (напр., зум, зум, зум ...), произносимых монотонным голосом, с ритмическими повышениями и понижениями; иногда слова выкрикиваются, иногда слышится невнятное бормотание; нередко вербигерация, продолжаясь целыми днями, доводит больных до сипоты. Расстройство речи отражается соответствующим образом и на письме больных [505-506]) [518-519]). Здесь мы встречаем письменную стереотипию и отмеченную Neisser'ом[507]) письменную вербигерацию, выражающуюся в письменном повторении осмысленных и лишенных смысла слогов, слов и фраз. Подобно тому, как в примере Кандинского Долинин говорил о получившем автономию языке, иногда приходится слышать заявления больных, что они сами не знают, что пишет их рука, как будто кто-то другой пишет вместо них.

Психомоторное явление противоположное гиперкинезу выражается в акинезе или в акинетических состояниях, т. е., в неподвижности или малоподвижности; понятие акинеза, исключая и ограничивая движение, не подразумевает, однако, расслабленного состояния мускулатуры; мышцы при акинезе могут быть расслабленными, гипотоничными, но могут также обнаруживать различные степени тонуса до состояния общего или частичного тонического напряжения мускулатуры, достигающего степени тонической судороги; такое напряжение чаще всего наблюдается при кататоническом ступоре или оглушении с явлениями т. наз. кататонической связанности, скованности или оцепенения; в одних случаях наблюдается общее напряжение мускулатуры, в других частичное, напр., напряжение мышц затылка, челюстей, конечностей, круговой мышцы глаза, лобных мышц; лицо таких больных приобретает своеобразную внешность — лобные мышцы напряжены; глаза закрыты, губы вытянуты вперед; эта характерная лицевая судорога носит название Schnauzkrampf. При выраженном тоническом напряжении мышц кататоников попытки вывести члены из их положения встречают обыкновенно сильное сопротивление со стороны больных. Такое напряженное состояние мускулатуры, наблюдаемое при кататонии и встречающееся эпизодически и при других душевных болезнях, дало основание Kahlbaum'у описавшему кататонию, назвать это заболевание Spannungsirresein (помешательство с напряжением).

Резко выраженное явление акинеза свойственно состояниям каталепсии [508-509]) относящимся обычно к появлениям истерии; б. ч. каталепсия развивается сразу, иногда внезапно, чаще при волнении, во время истерического приступа, во время сеанса гипноза, а в некоторых случаях в связи с различными эмоциональными переживаниями, и самопроизвольно; внезапно развивающееся каталептическое состояние, заставая больного в определенной позе и положении, фиксирует эту позу, нередко неожиданную и своеобразную, закрепляя мышцы в необходимом тоническом сокращении; напр., больной вдруг застывает с книгой в руках, больная впадает в каталепсию в тот момент, когда она поднимает с пола упавшую вещь или приготовилась выпить из мензурки поднесенное ко рту лекарство. Напряженность мышечной системы больных в этом состоянии различна, она может быть слабой, но может быть выраженной очень резко, до степени одеревенелости; такое сильное напряжение мускулатуры позволяет в некоторых случаях вдвоем поднять больного, держа его за затылок и за пятки, положить его на два стула, подставив их под затылок и пятки больного, и даже поместить на его живот некоторую тяжесть, которую больной выдерживает, не сгибаясь; чаще однако мышечный тонус не достигает такого напряжения, а при пассивных движениях члены больного оказывают сопротивление, сравниваемое с сопротивлением воска, т. наз. восковая гибкость членов или flexibilitas cerea; при этом члены больного сохраняют приданное им искусственное положение, удерживаются также и сложные, и искусственные позы, придаваемые больному. В этом состоянии сознание больных обычно не функционирует, и по миновании каталепсии весь ее период выпадает из памяти больного. Другое состояние, близкое к каталепсии, есть состояние летаргии или летаргического сна, чаще всего истерического происхождения, выражающееся в сноподобном, неподвижном состоянии с

[**]) Bleuler, 1. c. [376]), S. 107.
[***]) Кандинский. L. c. [349]). Стр. 107.

расслабленной мускулатурой; каталепсия может переходить в летаргию; в том и в другом случае обнаруживается общая анэстезия с повышением рефлексов и нервно-мышечной возбудимости; при летаргическом состоянии сознание не всегда утрачивается, так что больные нередко слышат и понимают происходящее вокруг. Продолжительность летаргии и каталепсии может быть весьма различной, больные в это время нуждаются в искусственном питании, хотя их жизненные процессы и понижаются до minimum'a. Несомненно, что расстройство процессов внутренней секреции имеет существенное значение в происхождении каталепсии.

Мне пришлось в течение нескольких лет наблюдать одну больную, описанную Донсковым, у которой приступы каталепсии начались после операции удаления матки с придатками; отдельные приступа каталепсии продолжались у этой больной до пяти недель; если больной давали ovarriin, каталепсия не наступала, прекращение дачи ovarriin'a приводило к быстрому развитию каталепсии; возобновление приемов ovarriin'a, который вводился вместе с жидкой пищей через зонд, устраняло каталепсию [510]).

Акинетическое состояние, близко напоминающее каталепсию, но отличающееся от нее, характерное для кататонии, но изредка, эпизодически встречающееся и при других душевных заболеваниях, известно под названием каталептоидного состояния. В этом состоянии мышечный тонус также бывает весьма различным, от легкой гипертонии до степени сильного мышечного напряжения; больные также сохраняют придаваемые им позы, днями и неделями неподвижно лежат в постели; сознание больных в это время обычно продолжает работать, и нередко по миновании этого периода они оказываются недурно осведомленными о происходившем вокруг; более или менее значительные стимулы сравнительно легко нарушают каталептоидное состояние, напр., болевые ощущения, чувство самосохранения: укол булавкой может иногда не только временно вывести больного из неподвижного состояния, но даже вызвать с его стороны внезапную бурную реакцию, напр., в форме ругательства, или нападения; каталептоидный больной, поставленный в условия нарушении равновесия, не падает, а быстро восстанавливает равновесие, пользуясь обычными приемами, свойственными каждому; неподвижно лежащий больной под влиянием импульсов со стороны мочевого пузыря и прямой кишки самостоятельно встает и отправляется, куда следует; каталептоидное состояние может нарушаться самым неожиданным образом, напр., больной вскочит, пройдется по комнате и снова ляжет на неопределенное время, так как каталепсия имеет припадочное течение; в случаях продолжительной каталепсии она длится днем и ночью, не прерываясь, между тем как каталептоидное состояние бывает выражено лишь во время бодрствования, свойственное ему иногда очень сильное напряжение мускулатуры обыкновенно исчезает во время сна; flexibilitas cerea и сохранение больными искусственных поз представляется одним из характерных свойств каталептоидных состояний.

Если стереотипные движения и действия относятся к частичным проявлениям гиперкинеза, то стереотипные позы и положения следует отнести к акинетическим симптомам; в одних случаях эти позы не привлекают внимания, в других они поражают своей оригинальностью и своеобразием, напр., больной стоит на одной ноге или стоит, опустив вытянутые руки так сильно, что явно сдавливаются подключичные артерии; стоит, обернувшись лицом в угол; своим внешним видом эти больные, надолго застывающие в принятой ими позе, нередко напоминают статую, их позы и жесты носят театральный характер, вынужденный, искусственный и манерный; стереотипное поведение больных часто совпадает с более или менее выраженным каталептоидным состоянием, в котором они сохраняют придаваемые им позы, в конце концов все таки возвращаясь к своему стереотипному положению; в большинстве случаев стереотипные больные оказывают противодействие попыткам вывести их из одного положения, заменив его другим, упорно сохраняя первоначальное; сохранение больными стереотипных положений часто сопровождается значительным напряжением соответствующих мышечных групп.

К акинетическим явлениям, кроме указанных, принадлежит мутизм; или мутацизм; это есть расстройство, выражающееся в молчании больных, в их отказе от речи, несмотря на самые энергичные побуждения со стороны окружающих; каталептоидное состояние сопровождается мутацизмом, почти как правило; к рассмотрению происхождения этого симптома в связи с другими мы обратимся несколько ниже.

К группе психомоторных расстройств принадлежат еще двигательные симптомы, заключающиеся в извращенных, бессмысленных двигательных реакциях, которые Wernicke, Kleist и др. авторы определяют термином паракинеза или паракинетических явлений. Сюда следует включить большую группу эхокинеза — эхопраксий или подражательных движений, обнаруживающихся в различных направлениях, а именно, в форме повторения движений, производимых в присутствии больного, выражающихся в направлении речи, в форме повторения слов и фраз произносимых при больном, — эхолалия, в форме повторения мимических движений, — эхомимия, наконец, в форме воспроизведения читаемого текста со всеми знаками препинания и переноса, - эхолексия или фотографическое чтение в слух. Больные подражают врачу, производящему перед ними те или иные движения, подражают своим соседям; подражают позе, подниманию рук, хлопанью в ладоши; подражание бывает точным или приблизительным, полным или частичным; при эхолалии целиком повторяют произносимые фразы, даже подражая интонации голоса, или повторяют отдельные слова, концы фраз; иногда повторяют одно и то же слово по несколько раз; иногда симптомы группируются, напр., больной, обнаруживающий явления вербигерации в виде неясного бормотания, вставляет в это бормотание отдельные слова, произносимые в его присутствии; при эхомимии повторяется мимика находящегося перед больным лица, улыбка, наморщивание лба, нахмуривание бровей; термин эхолексии

или фотографического чтения предложен мною потому, что при этом больные фотографически точно воспроизводят находящийся перед ними текст, отмечая вслух все знаки препинания, кавычки и переносы, разделяя знаком переноса разделенное слово при чтении его вслух[*]) [511-512]); фотографическое чтение представляется одним из редко наблюдаемых симптомов; наконец, некоторые больные тщательно переписывают находящийся перед ними письменный или печатный лист, копируя его, как умеют, или повторяют письменно написанное в их присутствии — эхография.

Своеобразное паракинетическое расстройство выражается в парамимии; при этом больной совершает какую-нибудь веселую выходку со слезами на глазах, как это бывает при раннем слабоумии; парамия встречается также при маниакально-депрессивном психозе, особенно, если одна фаза заболевания сменяется другою: иногда бывают случаи, что при переходе маниакальной фазы в депрессивную у больного в течение некоторого времени сохраняется веселая мимика, которой противоречит его поведение, и обратно, при смене депрессии маниакальной фазой мимика больного продолжает отражать печальный аффект, между тем как поступки и заявления больного показывают, что этот аффект уже миновал.

Нередко у больных, обнаруживающих явления эхокинеза и стереотипии, наблюдается особого рода автоматизм, в смысле подчиняемости постороннему влиянию; эта подчиняемость заключается в том, что если больного заставить пассивно производить какое-нибудь действие, то он продолжает повторять его в течение некоторого времени; напр., если поднять и опустить его руку или описать ею круговое движение, он повторяет это несколько раз; иногда, подражая произведенному перед ним движению, больной продолжает повторять его в течение некоторого времени.

Мы рассмотрели различные психомоторные симптомы, выражающиеся в явлениях усиления, ослабления и извращения движений и действий, или гиперкинеза, акинеза и паракинеза; остается рассмотреть еще одно весьма существенное явление, относящееся к поведению и поступкам больного и известное со времени Kahlbaum'a [504]) под названием негативизма; как видно из самого названия, этим термином обозначается отрицательная реакция больных на отношение к ним со стороны окружающих, отказ подчиняться требованиям окружающих, неисполнение этих требований; под словом "отказ" здесь не подразумевается преднамеренного нежелания выполнять предъявляемые требования, а этим словом лишь регистрируется факт их невыполнения больным; действительно, негативизм больных проявляется в разнообразных, простых и сложных, общих и частных формах; так больной отказывается подать руку в ответ на приветственное протягивание ему руки, отказывав встать, не разрешает произвести медицинское исследование, отказывается показать язык, глаза и т. под.; в резко выраженных случаях негативизма больные не только не выполняют необходимых требований, но даже удаляются от приближающегося к ним врача, нередко уходя при этом в другую комнату; негативизм достигает степени отказа от пищи, которая, впрочем, иногда самостоятельно с'едается больным, когда ему перестают предлагать ее и оставляют его одного; в течение продолжительного времени негативисты задерживают иногда мочеиспускание и испражнение, накапливают во рту большие количества слюны. Упоминавшийся выше мутацизм или мутизм представляется одним из проявлений негативизма, наблюдающимся то в связи с общим негативизмом, то в качестве частичного признака; негативизм не всегда охватывает равномерно различные функции больного; иногда больной, отказывающийся исполнить самые обычные требования, отвечает на вопросы; отказываясь отвечать на вопросы устно, дает письменные ответы. Рассматриваемое негативистическое поведение больных необходимо строго отличать от сходного с ним поведения, проистекающего из галлюцинаторных и бредовых источников или под влиянием аффективных переживаний; об'ективные признаки галлюцинаций и бредовое поведение больных, отдельные беседы на безразличные темы, рукописи больных, наконец, отсутствие признаков общей связанности и других психомоторных симптомов, а также признание самих больных по миновании галлюцинаторного или бредового периода болезни выясняет дело; это не есть негативизм, а галлюцинаторно-бредовое поведение; из аффективных факторов аффект боязни и страха представляется условием, тормозящим и даже совершенно затормаживающим, как движения и действия, так и речь больных; это тоже не есть негативизм в прямом значении этого понятия; соответствующая мимика и поза больного дает возможность правильно оценивать его поведение; этому также помогает отношение больного к окружающим, так как слова успокоения и ласки, нередко оказывая благотворное влияние на аффективного больного, помогают правильному распознаванию, тогда как при негативизме кататоников они не имеют значения.

Одно из проявлений, относящихся, хотя и не всецело, к психомоторным нарушениям, представляет т. наз. симптом Gangser'a [513-514]), известный также под названием Vorbeireden; на русский язык этот термин переводится, как нелепые ответы, речь не к делу, ответы мимо, мимоговорение. При этом явлении, отмеченном Ganser'ом при истерии, а затем приобревшем более широкое значение, больные дают ответы не на предлагаемые им вопросы, ответы идут мимо вопросов; в одних случаях ответы бывают явно нелепыми и бессмысленными, они не носят характера продуманной речи, а скорее механический, реактивный характер, передаваемый термином «мимоговорение»; в других случаях больные дают ответы не на вопрос, но в ответе попадаются отдельные слова и выражения, заимствованные из вопроса; в третьих случаях ответы носят связный или довольно связный характер; они лишь отчасти отвечают на вопрос, вызывая впечатление уклончивых ответов.

---

[*]) Осипов, 1. с. [501]), стр. 131-140, 210, 365.

Симптом Ganser'а должен быть расчленен по своему происхождению и значению; он может явиться, как результат нежелания со стороны больного высказаться в связи с вопросами, желанием скрыть что-нибудь; такая уклончивость может наблюдаться не только у истериков, но вообще у людей, желающих скрыть что-либо из обстоятельств, их касающихся; далее, нелепые ответы наблюдаются у слабоумных, вследствие недостаточного понимания ими предлагаемых вопросов, которые не в состоянии возбудить у них правильного течения ассоциативных реакций; наконец, ответы мимо встречаются при кататонических состояниях, являясь одним из проявлений негативизма, свойственного этим больным.

Описав внешние проявления психомоторных симптомов в форме гиперкинеза, акинеза и паракинеза, перейдем к рассмотрению условий их происхождения; большинство этих симптомов было выделено и сгруппировано Kahlbaum'ом и в связи с течением болезни положено в основание болезненной формы, описанной им под названием кататонии; с того времени эти явления известны под названием кататонических симптомов; действительно, при этом болезненном расстройстве они наблюдаются с постоянством, полнотою и разнообразием; однако, как отчасти уже указывалось, они встречаются эпизодически и при других душевных болезнях, почему наименование их кататоническими не может быть признано безупречным; они наблюдаются при истерии, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе, у алкоголиков, при прогрессивном параличе, при гнездных мозговых поражениях [515]), а мне пришлось наблюдать явления эхопраксии, преимущественно, в форме эхолалии, при сыпном тифе в периоде высокой температуры с помрачением сознания и бредом. Из сказанного следует, что условия, влекущие за собою возникновение и развитие интересующих нас симптомов, особенно выраженные при кататонии, могут осуществляться при различных клинических формах; очевидно, что при изучении происхождения этих симптомов должны быть приняты во внимание те общие условия, при которых они развиваются, и существующие во всех случаях их возникновения.

Мы не будем останавливаться на всех теориях, предложенных для уразумения происхождения негативизма и других кататонических явлений, так как это потребовало бы слишком обширного изложения и сделано нами в другом месте[*]); упомянем лишь о весьма распространенной теории возникновения конкурирующих представлений, выдвинутой Vogt'ом [516]) и отчасти поддерживаемой Kraepelin'ом и Bleuler'ом. Существо этой теории сводится к тому, что при побуждении негативиста к какому-либо действию в сознании его возникают представления противоположного свойства, не только препятствующие ему осуществить это действие, но нередко вынуждающие его к совершению противоположного; при пассивных движениях, если не возникает противоположных представлений, наблюдается каталептоидное состояние; при сужении сознания кататоников проникновение в него представлений о совершающихся перед больным движениях, не вызывая противоположных представлений, приводит к развитию подражательных движений. Однако, изучение больных показывает, что в основе поведения негативистов вовсе не лежат конкурирующие представления: во-первых, возникновение конкурирующих представлений у людей колеблющихся, нерешительных, у психастеников, не приводит к развитию явлений кататонического ступора и негативизма; во-вторых, при отсутствии конкурирующих представлений у этих лиц не наблюдается явлений эхокинеза; в третьих, такие люди и такие больные, анализируя свое поведение, сами связывают свою нерешительность, с развитием у них конкурирующих представлений; от кататоников если они по миновании ступора бывают способны к самоанализу, никогда не приходится слышать о развитии у них конкурирующих представлений; наконец, появление кататонического ступора и негативизма у больных, обнаруживающих далеко зашедшее слабоумие исключает зависимость этих симптомов от конкурирующих представлений. Насколько существенным может оказаться значение конкурирующих представлений для больных, неподвижных под влиянием страха и боязни, настолько второстепенное место должно быть отведено им, в случае их появления, при кататонических состояниях. Stransky [517]) пытается об'яснить кататонические явления с точки зрения диссоциации, расстройства согласования взаимодеятельности чувственной и интеллектуальной сферы (психическое расщепление, схизофрения Bleuler'а); эта теория представляется шагом вперед, так как автор говорит не только о психологической стороне вопроса, но отчасти о биологической его подкладке, как закрепление психического иннервационного процесса, который не может быть прерван интеллектуальными влияниями (двигательный негативизм) и нек. др. Я обращаю на это внимание потому, что чисто психологические построения не могут об'яснить кататонических явлений; ставя всюду психические процессы в теснейшую зависимость от процессов подлежащего биологического субстрата, необходимо и в данном случае рассмотреть явление с патолого-физиологической точки зрения.

Если мы подвергнем изучению больных, находящихся в различных степенях кататонического ступора с более или менее резко выраженными каталептоидными явлениями, то окажется, что эти скованные в своих действиях больные в одних случаях делают несомненные попытки исполнить требование врача, напр., подать ему руку, высунуть язык или ответить на вопрос; их мимика и наблюдаемые у них попытки к движению подтверждают сказанное; в других случаях этих попыток совершенно незаметно; в третьих, особенно при выраженном тоническом напряжении мускулатуры, нередко отмечается значительное противодействие пассивным движениям и даже усиление мышечного напряжения; наконец, наблюдаются случаи негативизма, в которых больные не только не исполняют обращенных к ним требований и не отвечают на предлагаемые им вопросы, но просто удаляются при приближении к ним, а иногда делают

---

[*]) Осипов, 1. с. [501]), стр. 288—384.

противоположное тому, о чем их просят, напр., на просьбу показать язык — стискивают челюсти, на просьбу открыть глаза — крепко их зажмуривают. Действительно, принимая во внимание сказанное, проще всего, по-видимому, было бы заключить, что больные «не желают» исполнять обращенных к ним требований, отказываются от них; однако, такой вывод оказался бы слишком поспешным и неправильным; против него говорят наблюдаемые со стороны больного попытки идти навстречу требованиям; далее, беседуя с больными в периоды ремиссий или после наступившего выздоровления, никогда не приходится слышать от них о бывшем у них «нежелании» выполнить то или другое требование, а о «трудности» и даже «невозможности» его исполнить вследствие владевшей ими связанности или скованности; больные не «не хотят», а «не могут» действовать; так как перечисленные выше категории негативизма представляют различные фазы общего явления, то очевидно, что об'яснение негативизма «нежеланием» больных неприложимо и к этим случаям. Никогда мне не приходилось слышать от больных кататоников, чтобы им мешали развивающиеся у них конкурирующие представления; невозможность беседы с врачом, желание избегнуть в некоторых случаях развивающегося в связи с этим неприятного настроения, удаление от неприятных усилий, связанных с разговором, может заставить больного удаляться от врача, а не первично возникающее "нежелание". Итак, в основе негативизма кататоников лежит не «нежелание» больных и не конкурирующие представления, а «невозможность» действия, вследствие психической и физической связанности. Это суб'ективное чувство связанности, о котором говорят сами больные, выражается об'ективно затрудненностью для них и даже недоступностью свободных движений и действий и тем изменением мышечного тонуса, которое у них обнаруживается, начиная от легко выраженной гипертонии до степени тонической судороги; обычно в кататонических состояниях наблюдается, кроме напряжения мышц, еще ряд признаков, указывающих на нарушение нормальной иннервации мышечного аппарата и сосудистой системы: это доказывается повышением у больных мышечных и сухожильных рефлексов, появлением у них хорошо выраженного мышечного валика, наблюдающейся у них игрой вазомоторов, приводящей то к длительному или кратковременному спазму сосудов, то к их расширению; это отражается общею или частичною бледностью больных (лицо, конечности) или явлениями гиперемии и застоя, особенно в дистальных отделах конечностей, достигающими резкой степени развития; отчетливо выраженный дермографизм является сравнительно постоянным спутником каталептоидного состояния и кататонического ступора; изредка наблюдаются резко выраженные и неожиданно наступающие проливные поты (hyperhydrosis).

Перечисленные признаки указывают, что и центральная нервная система, особенно головной мозг таких больных, находится в состоянии ненормальной возбудимости и в условиях расстроенного черепно-мозгового кровообращения. По-видимому, нельзя исключить влияния расстройства органов внутренней секреции на развитие кататонических явлений; по крайней мере, ряд исследований реакции Abderhalden'a произведенной В. П. Протопоповым, сообщившим мне свои результаты, обнаруживает у этих больных положительную реакцию на яичниковую ткань.

Если повышение тонуса серого вещества двигательной области мозговой коры достигает крайних пределов, далеко превышающих норму, То такое состояние двигательных невронов коры разрешается клоническими судорогами; состояние возбуждения белого вещества и подкорковых центров вызывает тоническое напряжение мускулатуры, доходящее до степени тонической судороги; при нормальных условиях центральной иннервации мышечный тонус и координация движений зависит от известных взаимоотношений мозговой коры и подкорковых областей и координирующего влияния мозжечка; ослабление влияния серого вещества коры должно привести к усилению мышечного тонуса, вследствие отпадения умеряющего влияния коры на нижележащие центры и проводники; если же при этих условиях функция подкорковых центров повышается еще более, то следствием такого расстройства взаимоотношений в психомоторной деятельности мозга явится мышечное напряжение, которое при дальнейшем ослаблении тонуса серого вещества и усилении подкорковых центров может усиливаться и переходить в судорогу. Нельзя, конечно, допустить, чтобы ослабление функций двигательных корковых центров происходило вследствие чисто психологических условий, без физиолого-анатомичесмих изменений в самом веществе головного мозга, напр., вызывалось бы отсутствием соответствующих импульсов со стороны соседних корковых областей на двигательные центры; напротив мы видим, что такие импульсы существуют и могут переходить в движение, но проводятся они с большим трудом, что отражается на самом характере движения, затрудненного и замедленного, а иногда едва заметного, хотя в то же время мимика больного указывает, что он прилагает большое старание, чтобы произвести движение; этот процесс может сопровождаться и сопровождается рядом душевных переживаний, чувством связанности, иногда больные даже не делают попыток к движению, но не психические процессы конкурирующего характера являются причиною этого. Иногда приходится встречать у кататоников движения неуверенного характера, напр., больной старается протянуть руку и слегка отводит ее назад, приподнимается со стула и снова садится; для об'яснения такого поведения больных нет надобности в допущении развития у них конкурирующих представлений; больной делает усилие, недостаточное для преодоления связанности, движение не удается, и наступает движение обратного характера, и так повторяется несколько раз, пока усилия больного не увенчаются успехом или он не прекратит неудачных попыток. Восприятие и понимание окружающего часто сохраняется у больных; а раз в сознании возникают представления, то развиваются и импульсы в двигательную сферу, но слабые импульсы не в состоянии вызвать двигательного эффекта, что же касается сильных импульсов, связанных, напр., с аффектами раздражения и гнева, то они, несмотря на сильную

психомоторную задержку, возбуждают двигательные центры и переходят в движения, однако, характерно замедленные и напряженные.

Допуская справедливость высказанного предположения для об'яснения состояния ступора с напряжением мускулатуры, применим ту же точку зрения и для об'яснения каталептоидного состояния с восковой гибкостью членов. Понятно, что при помощи активного волевого усилия flexibilitas cerea об'яснена быть не может.

Различного рода галлюцинации и бредовые идеи могут вызывать у больных различные позы, подолго сохраняемые больными, находящимися, напр., в состоянии галлюцинаторного очарования; в таких случаях вся поза больного указывает на испытываемую им галлюцинацию, являясь ее об'активным признаком, и соответствует содержанию галлюцинации; при этом нельзя придавать членам больного любое желаемое положение, так как оно является строго определенным; больной подолго сохраняет позу, не чувствуя усталости, при чем содержание сознания заполнено одним могучим представлением и недоступно другим восприятиям; в светлые, промежутки такие больные обыкновенно рассказывают о содержании своих галлюцинаций, и их поведение становится понятным; но такие больные в большинстве случаев почти ничего не могут передать из того, что происходило вокруг них в реальной жизни, так как в период галлюцинаторного экстаза они не воспринимали почти ничего из окружающего мира; больные кататоники не могут об'яснить своего состояния во время каталепсии; нет также об'ективных признаков, по которым можно было бы его связать с бредовыми идеями и галлюцинациями; между тем, имеются доказательства, что сознательная деятельность больных в это время часто далеко не утрачивается, они могут до известной степени ориентироваться во времени и пространстве, их способность воспринимать окружающее не прекращается. Если напряженное состояние мускулатуры об'ясняется повышением возбудимости подкорковых центров при условии ослабления или даже полного выпадания психомоторных функций мозговой коры, то для об'яснения flexibilitas cerea необходимо изменить взаимоотношение серой коры и подкорковых центров в количественном смысле: при flexibilitas cerea не наблюдается резкого напряжения мышц, члены больного сгибаются и разгибаются пассивно при слабо выраженном сопротивлении; следовательно, возбуждение подкорковых областей при этом несильное, понижение тонуса психомоторных областей коры нерезкое, равно как и анатомо-физиологический процесс, препятствующий проведению через эти области двигательных импульсов, тоже понижается; то и другое доказывается тем, что в этом состоянии возможны активные движения со стороны больного, и посредством различного рода раздражителей из внешнего мира удается, хотя и не во всех случаях, вызвать у больного чувственную реакцию. Общее повышение возбудимости подкорковых областей при общем ослаблении корковой иннервации приводит к общему повышению мышечного тонуса, вследствие чего антагонистические мышцы тонизируются одинаково; этим об'ясняется сильное сопротивление пассивным движениям при ступоре, этим же об'ясняется сохранение пассивных положений при каталепсии.

На явления flexibilitas cerea ни в каком случае нельзя смотреть, как на сознаваемый волевой акт, тем более, что и сами больные при расспросах их впоследствии ограничиваются заявлениями, что они «не знают, почему так делали», или «думали, что так надо».

Почему больные могут подолго сохранять искусственно приданное их членам положение? По тем же причинам, по которым патологическое возбуждение подкорковых центров может неопределенно долго держать мышцы в напряженном состоянии. При flexibilitas cerea возбуждение подкорковых центров слабее, а понижение тонуса коры менее значительно, — поэтому искусственное положение через некоторое время постепенно изменяется, напр., поднятая рука или нога понемногу опускается, что сопровождается легкими, постепенно усиливающимися дрожательными движениями, подобными наблюдающимся при развивающемся утомлении мышцы, а в некоторых случаях больной вдруг сразу опускает руку, производя это движение активным волевым усилием. Психоанэстезии являются существенным фактором, препятствующим возникновению чувства утомления, но психоанэстезиями явлений flexibilitas cerea об'яснить нельзя: во-первых, психоанэстеэии мышечного чувства наблюдаются не во всех случаях каталептоидных состояний, а во-вторых, выпадение из ассоциативной цепи представления ощущения своей конечности недостаточно и не может само по себе обусловить продолжительного сохранения этой неощущаемой конечностью пассивно приданного ей положения. Вынужденные и своеобразные позы, сохраняемые больными в течение продолжительного времени, требуют для своего проявления тех же условий, которые необходимы и для flexibilitas cerea; такие позы не наблюдаются у больных в состоянии оцепенелости с напряжением мускулатуры; разница с теми внешними явлениями, которые наблюдаются при flexibilitas cerea, заключается в том, что при последней известное положение членов или поза пассивно придается больному, между тем как вынужденные и своеобразные позы принимаются самим больным под влиянием внешних или внутренних раздражителей, напр., под влиянием бредовых идей, эмоций.

Стереотипные движения, поступки, стереотипии в письме, вообще стереотипии различного рода становятся понятными, если принять во внимание подавленное состояние у больного активных волевых проявлений, вследствие чего раз возникшее движение не может быть остановленно больным, а продолжается неопределенно долго или постоянно повторяется; раз возникшее и прошедшие по определенным путям иннервационные импульсы повторно легче возникают и осуществляются, возникать же они могут под влиянием бредовых и галлюцинаторных процессов, под влиянием целесообразных усилий больного осуществить тот или иной поступок, то или другое движение; начав, однако, это движение, часто

больной не может довести его до конца и повторяет его начало; также стереотипное движение может возникать в зависимости от случайно появившегося и перешедшего в движение импульса; наконец, стереотипии могут вызываться пассивным приведением в движение одного из членов больного, при чем это движение иногда повторяется очень долго. Иногда больные исписывают целые страницы одним и тем же словом, иногда повторяют его через каждые два, три слова.

Подражательные поступки и движения, выражающиеся в эхопраксии, эхолалии, эхомимии, эхографии, конечно, представляют явление однородного происхождения; активные движения больного связаны, но пассивные производятся легко (в состоянии резко выраженной оцепенелости с напряжением мускулатуры эхокинеза не наблюдается); впрочем, временами больной может производить и активные движения; следовательно, переход двигательных представлений в движение, хотя и затруднен, но возможен; подобно тому, как пассивные движения рукой больного облегчают ему письмо, так к движения, производимые перед больным, вызывая у него соответствующие представления, легче переходят в действие, чем движения, возникающие по собственной инициативе больного; при пониженной функции коры, когда задерживающая ее способность тоже ослаблена, больной даже не пытается удерживаться от подражательных движений, действуя наподобие автомата; содержание сознания больного в это время, по-видимому, весьма бедно представлениями, по крайней мере, восстановляя впоследствии в памяти рассматриваемые патологические симптомы, больные никогда не ассоциируют их с другими представлениями, возникавшими в сознании; нет у больных и специального стремления к подражанию, о чем отчасти можно судить по их позднейшим заявлениям: на вопрос о причине и мотивах эхокинеза больные обыкновенно отвечают: «так», «просто так», «не знаю», «думал, что вы этого хотите», «думал, что это нужно», никаких других более глубоких мотивов подражательных движений больные не приводят, никогда из их ответов не видно, чтобы ими руководило специальное стремление к подражанию, чтобы они это делали под влиянием бредовых идей или галлюцинаций; при сохраненной способности восприятия и при бедности содержания или даже при отсутствии в сознании сколько-нибудь ярких представлений пассивно вызываемые представления приобретают преобладающую силу и переходят в действие; бывают случаи, что производя подражательное движение, больной не в состоянии от него удержаться и начинает повторять его по много раз.

Импульсивные движения и поступки больных отличаются с внешней стороны неожиданностью, внезапностью своего развития, на короткое время прерывая оцепенелое состояние; они вызываются сильными внутренними или внешними раздражениями и нередко прерываются в своем течении, при чем больной останавливается, не доведя движения до конца; внешние раздражения могут быть физического происхождения, напр., укол булавкой, или эмотивного характера, как надоедание и приставание к больному, вызывающее досаду; внутренние раздражители могут быть бредового или галлюцинаторного характера; в том и другое случае известное, более или менее сложное представление о движении или поступке достигает такой силы, что преодолевается существующее препятствие к движению и происходит самое движение, большею частью непропорционально сильное по своему выражению, что об'ясняется большим волевым усилием, которое должен применить больной, чтобы преодолеть внутреннее торможение; но часто активного волевого усилия хватает на очень короткое время, больной не успевает довести движения до конца и нередко прерывает его столь же внезапно и неожиданно, как и начинает; при этом больной как бы застывает в позе, на подобие статуи; при выраженной каталепсии такие позы иногда сохраняются продолжительное время.

Наблюдаемая у больных лицевая судорога (Schnauzkrampf) также относится к числу психомоторных движений описанного происхождения, отнюдь не являясь отражением внутренних переживаний больного.

Вербигерация по своему происхождению аналогична стереотипиям; она представляется стереотипным речевым действием; она есть результат возникновения и проведения известного речевого импульса, который, перейдя в действие, при подавленном состоянии активных волевых проявлений не может быть остановлен усилием воли и продолжается, повторяясь неопределенно долгое время; к тому же трудно допустить, чтобы больной обнаруживал в это время сколько-нибудь живую мыслительную деятельность, наличность которой исключила бы проявление вербигерации. Что же касается первоначального толчка, влекущего за собою развитие вербигерации, он может выражаться просто в усилии больного нарушить овладевшую им скованность, и в частности мутацизм речевым действием, хотя нельзя отрицать при этом и значения сильного речевого представления, овладевшего сознанием больного, или влияния бредового представления, вторгнувшегося в его сознание.

Фотографическое чтение вслух или эхолексия представляется симптомом происхождения общего с другими эхокинетическими явлениями; справедливость этого подтверждается тем, что этот симптом встречается одновременно с другими проявлениями эхокинеза.

Таким образом мы видим, что та группа психомоторных симптомов, которые известны под названием «кататонических», несмотря на свое внешнее различие, имеет общее патолого-физиологическое происхождение; если эти симптомы, наблюдаемые в своей совокупности, различных видоизменениях и полном развитии при кататонии, встречаются и при других душевных заболеваниях, то это является доказательством, что при всех этих заболеваниях, хотя эпизодически, возникают аналогичные условия, наличность которых необходима для их происхождения и проявления. Мы рассмотрели происхождение этих симптомов, в общем имеющих в своей основе нарушение иннервационных взаимоотношений между серой корой и подкорковыми областями, приводящее к более или менее резко выраженному заторможению, даже

до степени полного прекращения, и к нарушению плавного течения тех рефлекторных процессов, наличность которых обусловливает возникновение, развитие и осуществление волевых актов.

XXVIII.

Расстройство сознания. Различные виды спутанности сознания. Сноподобное и просоночное состояние. Ступор и его разновидности. Раздвоение личности. Нарушение самосознания; деперсонализация; изменения личности. Колебания напряжения сознания, одностороннее напряжение сознания. Сознание болезненного состояния. Бессознательные состояния.

Мы условились обозначать термином сознания нашу способность находить и отмечать происходящие в нас душевные процессы и состояния, узнавать и отдавать себе отчет в наших психических переживаниях; мы характеризовали сознание известной емкостью и единством и изложили условия, наличность которых необходима для проявления функции сознания; эти условия заключаются в развитии и протекании биологических процессов, лежащих в основе психической деятельности, в определенной силе и яркости этих процессов, в возникновении впечатлений в связи с внешними и внутренними раздражениями органов чувств, разнообразии раздражений, наличности закономерного течения ассоциативного процесса, протекающего с известной скоростью (гл. XIV) [520]). Нарушение и изменение указанных условий в том или другом направлении тотчас же отражается нарушением полноты и совершенства сознавания нами нашей душевной деятельности, нашей личности и отношения нашего Я к окружающему.

Есть ряд психопатологических, болезненных состояний, которые трудно обозначить иначе, как нарушения или расстройства сознания; говоря об этих состояниях, нередко обозначают их, как бессознательные, или состояния бессознательности[521]); такое определение представляется совершенно неправильным и недопустимым: нельзя говорить о расстройствах и нарушениях деятельности сознания там, где его нет, где оно отсутствует; а отсутствует сознание там, где нет или почти нет душевной деятельности, напр., в обморочных, в нарколептических состояниях; рассматривая же и классифицируя различные болезненные изменения душевной деятельности, отражающиеся на функции сознания, можно говорить о нарушении и расстройстве сознания, о помрачении сознания, об отсутствии сознавания, о преобладании несознаваемой душевной деятельности, но не о бессознательном состоянии.

Болезненное нарушение условий, необходимых для надлежащей деятельности сознания, уже было отчасти выяснено в гл. XVIII; нарушение их имеет своим последствием расстройство сознавания, выраженное более или менее значительно.

Сюда относится расстройство сознавания, наблюдаемое при маниакальных состояниях и известное под названием маниакальной или гиперстенической спутанности сознания; развитие этой спутанности связано с переполнением сознания больного вихрем идей, изменением скорости их течения, резким отклонением внимания и проистекающим вследствие, этого нарушением закономерности ассоциативных процессов; в результате больной утрачивает в значительной степени способность правильной оценки окружающих отношений и событий; он недостаточно ориентируется в месте и времени, иногда и в собственной личности; при чистых формах маниакальной спутанности, наблюдаемых при маниакально-депрессивном психозе, по самому свойству спутанности, обусловливаемой наплывам идей и отклонением внимания, увлекаемого мощным потоком сменяющихся психических процессов, расстройство сознания редко достигает грубо выраженного его помрачения; обычно по миновании этого периода болезни больные легко вспоминают о том, что с ними было, и сравнительно хорошо разбирают свои минувшие переживания; иначе бывает, когда состояния психодвигательного возбуждения наступают при органических поражениях центральной нервной системы, напр., при прогрессивном параличе помешанных; здесь картина маниакального возбуждения осложняется недостаточностью интеллектуальных процессов, вызванной разлитым органическим заболеванием мозговой коры, вследствие чего спутанность и помрачение сознания проявляются в более резкой и глубокой форме, а последующее воспоминание о периоде возбуждения и анализ его, если он возможен, отличаются большими неточностями и несовершенством.

Другая форма расстройства сознания есть астеническая, адинамическая спутанность сознания, обусловленная первичным поражением ассоциативного процесса, известная также под названием аментивной спутанности; здесь помрачение сознания выражено глубже, чем при маниакальной спутанности, так как самое происхождение этого состояния и патологически и психологически иное; больные также утрачивают способность ориентироваться во времени, пространстве и собственной личности, нередко совершенно утрачивают возможность понимания окружающего и установления самой несложной связи и отношения между простыми фактами и впечатлениями. Обильные галлюцинации, развивающиеся у больных, нарушая течение душевной деятельности, могут вызвать галлюцинаторную спутанность; часто галлюцинации являются спутниками аментивных состояний, еще более углубляя поражение функции сознания. Воспоминание больного о периоде аментивной спутанности может быть лишь весьма общим и суммарным, с сохранением отдельных эпизодов и более ярких галлюцинаций.

Такая спутанность с помрачением сознания наблюдается при инфекционных болезнях с высокой температурой, при острых бредовых состояниях, осложняющих течение различных душевных заболеваний. Расстройство сознания, аналогичное аментивной и галлюцинаторной спутанности, может быть вызвано различными токсическими веществами, влияющими непосредственно на центральную нервную систему, напр., алкоголем; острое отравление алкоголем дает картину спутанности и помрачения сознания, а при развитии белой горячки (delirium alcoholicum) наблюдается галлюцинаторная спутанность.

Выделяется еще схизофреническая спутанность, наблюдаемая при dementia praecox и обусловленная расщеплением психических функций, расстройством согласованной деятельности эмоциональных и интеллектуальных процессов; получается разрозненное течение ассоциативного процесса, отрывочное и бессвязное, что выражается в мышлении, речи и поведении больных.

Принято говорить о сноподобных состояниях сознания, т.е., таких, в которых внешние раздражения почти не воспринимаются больными или воспринимаются в искаженном виде, в которых ряды представлений и образов проносятся перед умственным взором больного, как образы снов у спящего; как спящий не может управлять течением своей психической деятельности и часто даже не в силах понять ее смысл и значение, так и больной в сноподобном состоянии не может ориентироваться в окружающем и собственной личности; как легко забываются сновидения, так и переживания периодов сноподобных состояний часто не могут быть воспроизведены больными даже приблизительно. Термин «сноподобного» состояния следует понимать, как обозначающий определенную картину, характеризующуюся признаками, которые только что указаны; дело в том, что сами больные иногда обозначают свое состояние, сравнивая его со сном, но обыкновенно они имеют при этом в виду только характер течения представлений и образы сновидений, а не отношение спящего к раздражениям извне и понижение его восприимчивости. Поэтому, когда речь идет о сноподобном состоянии больного, то подразумевается состояние аментивное или схизофреническое, но не маниакальное, так как маниакальный больной реагирует на различного рода раздражения внешнего и внутреннего характера и с этой стороны не может быть уподоблен спящему.

Привожу различные показания больных:

> Больной К., по миновании у него периода маниакального возбуждения (psychosis maniaco-depressiva) заявил, что он был в течение минувшего времени, как во сне, так менялись и проносились в сознании его различные представления; теперь он точно проснулся. Больная С., находившаяся в начальном периоде dementia praecox, обнаруживала явления сноподобного состояния; когда сознание ее прояснилось, то на вопрос относительно окружающей ее обстановки и окружающих лиц она об'яснила, что отчасти она узнает обстановку и некоторых из присутствующих, что она как будто видела их во сне. — Из этих двух примеров видно, как отличаются одно от другого изменение сознания больного маниакального и схизофреника; когда говорится о сноподобном состоянии больных, то под этим термином не подразумевается маниакальное состояние.

Менее глубокие сноподобные состояния, в которых больные не утрачивают способность ориентироваться в окружающем и до известной степени отдают себе отчет в переживаемых ими впечатлениях, нередко характеризуются уже упоминавшимся выше отсутствием чувства реальности (Janet, Lowenfeld); восприятия больных недостаточно отчетливы, воспроизведения затруднены, вследствие чего страдает узнавание знакомых предметов и отождествление их с прежними образами; вследствие этого мир кажется нереальным; в связи с этим наблюдается у некоторых больных развитие аффекта недоумения, что очень мучительно переносится больными. «Что со мной? Куда я попал? Ничего не понимаю!» — Вот постоянные фразы которые не сходят с уст больных. Явление это чаще всего встречается при психастении, впоследствии больные хорошо его анализируют, так как оно не исчезает из их памяти.

Близко к сноподобному стоит просоночное или сумеречное состояние сознания, сравниваемое с состоянием человека, не совсем проснувшегося от сна; мышление такого человека протекает без достаточной ясности, как бы в тумане, он напоминает человека, находящегося под влиянием наркотического вещества; поступки нецелесообразны, неожиданны, не соответствуют обстановке; внешние раздражители не достигают сознания больного и не взывают естественной реакции с его стороны; ответы даются невпопад, иногда поражают нелепостью, в других случаях больной совсем не дает ответа на вопросы. Поведение больных направляется внутренними мотивами, не сознаваемыми или недостаточно ясно сознаваемыми ими, оно не согласованно надлежащим образом с внешними условиями, оно автоматично. Сумеречное состояние сознания наблюдается при истерии, при эпилепсии и обычно не воспроизводится в памяти впоследствии или вспоминается с очень существенными пробелами. Помрачение сознания у эпилептиков[522]) может достигать крайней степени развития; в этом состоянии под влиянием бредовых идей, галлюцинаций и иллюзий больные нередко совершают нападения на окружающих, бессмысленные и зверские убийства, не сохраняя о содеянном никакого воспоминания. Помрачение сознания у эпилептиков часто сопровождается психодвигательным возбуждением, достигающим резко выраженной степени своего развития. Глубокое помрачение сознания наблюдается при патологических аффектах.

Ступор, ступорозное состояние, состояние оглушения и оцепенелости также выражается резким расстройством сознания; ступор характеризуется неподвижностью или значительным ограничением активной подвижности больных; больные находятся в состоянии оцепенения, они как бы застывают в своей неподвижности; больные подолгу сидят, стоят или лежат, не меняя позы, не принимая заметного участия в окружающем; лицо их также представляется застывшим, выражение его не меняется; иногда рот бывает приоткрытым, и из него вытекают большие количества слюны; требуются значительные усилия, чтобы вывести больного из этого состояния и заставить его двигаться; предоставленный самому себе, он тотчас же впадает в ступор; часто ступорозные больные бывают неопрятными, иногда же соответствующие внутренние органы, если ступорозное состояние выражено не слишком сильно, дают достаточные раздражения, чтобы заставить больного надлежащим образом удовлетворить необходимые потребности.

Ступорозные больные обыкновенно отказываются от пищи; отказ этот может быть активным, бредового происхождения, или носит пассивный характер, т. е., больной не столько отказывается, сколько не обнаруживает активно выраженного стремления удовлетворить свой голод; нередко такие больные

совершенно спокойно, без всякого сопротивления подвергаются неприятной процедуре кормления при помощи зонда. Сознание при ступоре помрачено, но далеко не всегда в одинаковой степени, не исключаются случаи, когда ступорозные больные, хотя частично, воспринимают окружающие события и по миновании ступорозного периода болезни оказываются осведомленными о них больше, чем этого можно было ожидать.

Различают несколько видов ступорозных состояний — ступор меланхолический, маниакальный, галлюцинаторный и кататонический. Меланхолический ступор развивается в связи с аффективными меланхолическими переживаниями и выражается в неподвижности больного, сохраняющего внешние признаки переживаемой им тоски и страха; сознание может быть помраченным, но главным образом об'ем его сужен и заполнен мучительной для больного идеей, которой поглощено все его внимание и которая вытесняет все другие представления; в известные периоды ступора бредовой идеи может и не быть, а сознание заполняется тяжелым аффективным переживанием; меланхолический ступор может вызываться аффективными вспышками отчаяния — raptus melancholicus психические процессы резко заторможены, иногда почти до полной остановки.

Маниакальный ступор[523]) относится к числу редко наблюдаемых психопатологических состояний; он встречается при непосредственных переходах депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза в маниакальную, когда меланхолическая связанность движений еще не прекратилась, а настроение больного уже подверглось изменению, или обратно, при переходе маниакальной фазы в меланхолическую; больной неподвижен, но мимика уже меняется, отражая перемену настроения; маниакальный ступор обыкновенно непродолжителен и является одним из признаков смешанного периода заболевания.

Галлюцинаторный ступор, как показывает самое название, наступает у больных в связи с переживаемыми ими галлюцинациями; сознание больных помрачено и сужено, всецело поглощено галлюцинаторными образами, чаще всего зрительного характера.

Галлюцинаторное происхождение ступора выявляется в мимическом выражении и позе больного, носит характер экстаза. Не представляясь признаком определенного душевного заболевания, галлюцинаторный ступор может наблюдаться при различных психозах, течение которых сопровождается развитием галлюцинаторных явлений; он встречается при dementia praecox, при эпилепсии, истерии, прогрессивном параличе и других душевных болезнях.

Кататонический ступор является чистой формой связанности и оцепенелости, не обусловленной ни аффектом, ни галлюцинациями, а зависящей исключительно от заторможения нервно-психической деятельности, сопровождающегося чувством физической связанности или скованности; этот вид ступора характеризуется то напряжением мускулатуры, то flexibilitas cerea; искусственные и неудобные позы — один из его признаков негативизм. О происхождении этого состояния была речь в предыдущей главе. Сознание бывает помраченным далеко не всегда; чаще содержание его характеризуется пустотой; внешние впечатления нередко находят доступ в сознание больного.

Мы перечислили ряд состояний, характеризуемых в качестве ступорозных; действительно, все они обладают общими признаками — неподвижностью, изменением деятельности сознания, заторможением психической деятельности; в то же время они отличаются одно от другого рядом существенных свойств; из сказанного вытекает, что эти состояния имеют между собою скорее внешнее сходство, отличаясь по существу и по своему происхождению; принимая кататонический ступор за основную форму ступорозных состояний, можно пользоваться этим термином лишь условно, каждый раз обозначая, о какой форме ступора идет речь, и помня, что этим названием обозначаются различные психопатологические состояния.

Ступорозные состояния должны быть рассматриваемы, как состояния торможения; принимая во внимание терминологию И. П. Павлова, их нужно отнести к внутреннему торможению; конечно, этот вид торможения у душевно-больных является болезненным торможением; соответственно указанным разновидностям ступорозных состояний и имея в виду их особенности, следует различать болезненное торможение эмоциональное (меланхолический ступор), галлюцинаторное и кататоническое или схизофреническое.

Особое расстройство деятельности сознания известно под названием патологического автоматизма[331]). Наша душевная жизнь протекает в виде психических процессов, которые лишь в некоторой части сознаются нами, включаясь в содержание сознания; только в этих процессах мы можем отдать себе ясный отчет; большая же часть психической деятельности остается несознаваемой нами; эта значительная часть душевной жизни, не входящая в поле ясного сознания по различным причинам, напр., вследствие недостаточной интенсивности лежащего в основе ее биологического процесса, вытеснения ее элементов более могущественными, протекая вне сознания, тем не менее оказывает влияние на душевную жизнь вообще; действия и акты, протекающие без доведения их до ясного сознания, называются автоматическими; они могут носить характер целесообразно направленных и согласованных действий, но производятся как бы механически, не сопровождаются ясно сознаваемыми целевыми представлениями, утрачивая характер произвольных движений.

Значительное количество движений здорового человека, особенно привычных, даже весьма сложных, совершается автоматическим путем. В патологии душевной жизни наблюдаются случаи, когда способность ясного сознавания прекращается на более или менее продолжительный период времени, и когда все поведение человека направляется и регулируется процессами несознаваемой душевной области; человек живет автоматической душевной жизнью; утрачивая прежнюю ясность сознания, которое оказывается обыкновенно пониженным и резко суженным, он продолжает, однако, действовать, обнаруживая сложное поведение, выражающееся в координированных с внешней стороны актах; по содержанию своему эти акты

часто оказываются совершенно неуместными и не вызванными разумными мотивами; поступки такого человека направляются влияющими на него случайными внешними условиями или внутренними побуждениями, приобретающими господствующее значение вследствие отсутствия конкурирующих представлений. При этом очень заметно нарушается определенный характер личности человека, требующей для своего проявления ясного сознавания; поэтому лица, находящиеся в состоянии автоматизма, могут и действительно обнаруживают несвойственные им поступки, привлекающие внимание окружающих своею странностью, неприличием, опасностью и даже жестокостью.

Состояние автоматизма развивается быстро, неожиданно для наблюдателя; больной сразу переходит из состояния с ясным сознанием в область автоматической душевной жизни; психические процессы, требовавшие для своего развития ясного сознания, прерываются; автоматическая душевная жизнь не связывается с нормальною сколько-нибудь прочными ассоциативными комплексами, вследствие чего больной в состоянии автоматизма не помнит событий предшествующей жизни, он часто не узнает даже очень близких ему лиц; когда состояние автоматизма заканчивается и больной снова переходит в свое здоровое состояние, то по тем же самым причинам он не помнит переживаний автоматического периода; в его памяти появляется пробел; в некоторых случаях, если помрачение сознания больного не было слишком глубоким, удается, напр., путем гипнотического внушения, вызвать у больного какое-нибудь воспоминание из автоматического периода, а в дальнейшем, постепенно устанавливая ассоциативные связи, восстановить пробел памяти и более существенно; но это удается далеко не во всех случаях. В главе о расстройствах памяти были приведены случаи раздвоения личности, в которых больные, находившиеся в состоянии а, не помнили, что происходило с ними в состоянии б; с изложенной точки зрения понятно, отчего это происходит, понятно также, почему в каждом из состояний помнятся события, происходившие в предшествующих аналогичных состояниях. Хорошей иллюстрацией автоматических состояний представляется приведенный нами в главе о расстройствах памяти случай Naef'a*). Со стороны биологического обоснования следует смотреть, на состояния автоматизма, как на результат такого патологического изменения нервных элементов мозговой коры и происходящих в них физиологических процессов, при котором сосуществующие им психические процессы не достигают той степени развития и совершенства которым обеспечивается наличность ясного сознавания.

Автоматизм наблюдается при истерии, при эпилепсии; поэтому различают истерический и эпилептический автоматизм; некоторыми авторами выделяется еще автоматизм алкогольный[525]); однако, самостоятельность этой разновидности оспаривается, и она рассматривается, как эпилептически автоматизм, выявляющийся под влиянием токсического действия алкоголя (agent provocateur). Патологический автоматизм обыкновенно сопровождается сумеречным состоянием сознания, но не каждое сумеречное стояние может определяться, как состояние автоматизма. Так как лица находящиеся в состоянии автоматизма, обнаруживают известную деятельность, — ходят, разговаривают, совершают ряд поступков, иногда очень сложных, напр., предпринимают целые путешествия, то такого рода патологический автоматизм известен под названием амбулаторного автоматизма.

Случай эпилептического автоматизма. В 1907 г. в N-ском военно-окружном суде рассматривалось при участии экспертов дело о покушении казака на жизнь офицера, происшедшее при следующих обстоятельствах: молодой казак, призванный для отбывания лагерного сбора в один из провинциальных городов выехал верхом в поле, на котором офицер производил манежное учение; казаки верхом расположились полукругом, в центре которого стоял командовавший офицер; промежутки между отдельными казаками равнялись 1 — 1 1/2 саж. Вдруг офицер увидел, что прямо на него мчится молодой казак, производя обнаженной шашкой движении рубки; офицер уклонился в сторону, избегнув удара; казак промчался сквозь строи описал круг и снова помчался на офицера, которому опять удалось благополучно избегнуть удара; казаки погнались за покушавшимся, остановили его и сняли с лошади; он не оказал никакого сопротивления, весь дрожал, лицо его было багрового цвета; его отвели в больницу, где он пролежал три дня, никого не узнавая, произнося отрывочные слова и часто упоминая, слово «японцы»; через три дня он пришел в себя, был очень слабым и не только ничего не помнил о случившемся, но не помнил целого ряда предшествовавших дней, приблизительно около недели; нить его воспоминаний прервалась на том, как он вместе с другими казаками выехал из станицы для отбывания лагерного сбора. Между тем, из показаний свидетелей выяснилось следующее: молодой казак страдал с детства судорожными припадками, повторявшимися время от времени; зная это, родные поручили его на время лагерного сбора старому казаку; выехали утром, и начало путешествия шло благополучно; после полудня с молодым казаком произошла какая-то перемена, при чем он обнаружил странное поведение: он остановил лошадь, быстро выпряг ее из телеги вскочил верхом и погнал в поле; спутники поскакали за ним, поймали его и привезли обратно; усадив его на телегу, продолжали путешествие; заночевали в поле на берегу крутого оврага; молодой казак все время молчал; несмотря на дождь, он вышел из палатки и провел ночь под открытым небом; утром, когда пили чай, он собрал свои пожитки и гостинцы, данные ему в дорогу, и вместе с сундуком бросил все это в овраг. Такое поведение показалось окружающим настолько странным, что они решили обратить на него внимание по прибытии

*) Большой интерес в смысле восстановления воспоминания представляет случай, описанный Под'япольским [524]).

в город; для такого заявления обнаружилось еще новое основание, так как Х. явился на сборный пункт, вооруженный вместо копья одним, древком, с которого предварительно снял наконечник. Спутники Х. рассказали офицеру о всем его поведении, аттестовав его, как больного человека; но офицер отнесся легко к их заявлению, махнул рукой и сказал, что не стоит заводить дело из-за нескольких недель лагерного сбора, как-нибудь сойдет. Однако, когда на следующий день утром казаки выехали на ученье, Х., ехавший рядом со своим спутником, несколько отстал; по заявлению спутника, он вдруг схватился за живот и побледнел; остановили лошадей, от'ехав в сторону; Х. спешился с целью упражнения, но при этом он вынул из ножен шашку и воткнул ее в песок; затем он снова сел верхом, сначала поехал медленно, затем вдруг с криком поскакал в поле, производя движения рубки; описал дугу и повернул на манежный строй казаков, где и произошло описанное в самом начале. Свидетели события об'яснили, что Х. скакал не столько на офицера, сколько мимо офицера, почему последнему легко удалось избегнуть удара шашки, лишь наклонившись и отойдя в сторону. Суд согласился с мнением экспертов о болезненном состоянии Х.

Действия Х. достаточно координированы, но отличаются нелепостью, ненужностью, бесцельностью; они носят случайный характер и отчасти по-видимому, направляются галлюцинаторными или иллюзорными переживаниями (японцы).

Другой случай автоматизма наблюдался в клинике душевных болезней много лет тому назад. Дело идет об одном железнодорожном служащем У. в возрасте около 30 лет, сильно злоупотреблявшем спиртными напитками; поехав на дрезине с рабочими для исполнения какого-то поручения, он обнаружил признаки возбуждения, был доставлен обратно, а через некоторое время помещен в клинику; в клинике он пробыл 1 1/2 года, обнаруживая в течение всего этого времени совершенно однообразное поведение: целыми днями он ходил взад и вперед по коридору помещения, в котором находился; ни с кем не разговаривал; ел и пил достаточно, производя все необходимые для этой цели движения и действия совершенно самостоятельно; был опрятен. Так продолжалось 11/2 года; затем в течение очень короткого времени поведение больного резко изменилось: он начал разговаривать, задавать вопросы; при этом выяснилось, что период времени в 11/2 года выпал из его памяти; он не понимал, где он находится и почему, думал, что в каком-нибудь железнодорожном помещении; последним его воспоминанием было начало поездки на дрезине; одним из первых вопросов был вопрос о состоянии здоровья Александра III; У. заболел незадолго до от'езда Александра III в Ялту, где он скончался; ему ответили, что уже больше года царствует Николай II; он долго не верил этому, думая, что с ним шутят; ему доказывали, что Александр III скончался поздней осенью, а теперь весна; на это У. возражал, что это неправда, что теперь не весна, а осень — деревья стоят голыми, а кое-где лежит снег. Когда он убедился, что все говорят одно и тоже, начал читать газеты, ему пришлось поверить окружающим, но сам он так и не вспомнил периода автоматизма. — Этот случай мог бы рассматриваться, как случай алкогольного автоматизма, но принимая во внимание некоторые данныя из анамнеза У., особенно бывавшие у него головокружения и состояния petit mal, следует отнести его к эпилептической форме, выразившейся под влиянием отравления алкоголем в длительном автоматизме.

Одним из видов амбулаторного автоматизма является снохождение или сомнамбулизм, известный также под названием лунатизма; снохождение наблюдается обычно в детском и юношеском возрасте и выражается в том, что подверженные ему лица встают по ночам, не переходя в бодрственное состояние, ходят по комнатам, выходят из дома, изредка попадая в опасные положения, напр., влезают на крышу и ходят по крыше и т. д. Через некоторое время больной возвращается обратно в свою постель. Сомнамбулизм или ноктамбулизм представляется одним из выражений истерического автоматизма; сознание больного в это время сумеречное и резко сужено; этим и об'ясняется, что больные попадают в опасные положения, из которых выходят благополучно, так как опасности они не оценивают; в бодрственном состоянии больной или больная, вероятно, не решились бы идти по краю крыши; по-видимому, снохождение находится в связи со сновидениями больных; луна не имеет в развитии снохождения никакого таинственного значения, кроме того, что освещение спящего человека способствует его пробуждению. Вполне понятно, что если разбудить человека, находящегося в состоянии сомнамбулизма, то он сильно испугается, а в некоторых случаях у наго может развиться судорожный истерический приступ.

У истеричных сомнамбулическое состояние может наступать и во время бодрствования, может также вызываться посредством гипнотического внушения[416]) [508-509]).

В случаях раздвоения личности и в случаях множественных состояний сознания приходится встречаться с рядом автоматических состояний, содержание душевной жизни при которых представляется отличным одно от другого; ассоциативные связи, вырабатывающиеся в одном состоянии, оказываются прерванными при переходе больного в другое состояние, вследствие чего может наблюдаться ряд состояний, о которых сам больной ничего не помнит или помнит очень мало; но при повторении того же самого состояния он вспоминает все предшествующие аналогичные.

Об'ем помраченного и расстроенного сознания бывает суженным; сужено сознание при различных видах автоматизма, оно сужено при ступоре, сужено при патологических аффектах; при аутизме содержание сознания доходит до степени моноидеизма.

Одно из частных проявлений сознания есть самосознание, сознание своей личности, своего Я, его единства во времени. В случаях помрачения сознания нарушается и расстраивается и самосознание;

спутанное сознание, не давая больному разбираться во времени, пространстве и собственной личности, конечно, сопровождается также поражением и самосознания; в случаях развития слабоумия, когда меняется личность больного по сравнению с нормальным его состоянием, когда дело доходит до ясно выраженного психического распада, расстраивается и самосознание; оно нарушено и при автоматизме; но в большинстве из указанных случаев не приходится от самих больных слышать соответствующих жалоб, что совершенно понятно, так как больной в помраченном и спутанном состоянии сознания не может сколько-нибудь удовлетворительно разбираться в своих ощущениях и переживаниях. Приходится, однако, наблюдать болезненные изменения душевной деятельности, в которых больные определенно заявляют, что личность их подвергнулась более или менее существенной перемене, что она утратилась, что они перестали быть самими собой, что их Я не прежнее Я. Это чувство изменения и утраты личности носит название деперсонализации. Janet*) различает две формы деперсонализации, свойственные психастении: в одних случаях деперсонализация возникает только эпизодически, время от времени, в других она представляет более стойкое явление и выражается в постоянных жалобах больных на то, что они не они, что вместо них появился кто-то другой, который вместо них ходит, ест, пьет, думает; они превратились в автомата, лишенного инициативы, их личность более не существует; бывает, что они как бы смотрят сами на себя со стороны. Jaspers*) обращает внимание, что чувство изменения собственной личности встречается не только при душевных заболеваниях, но и у душевно-здоровых, особенно в периоде возмужалости; такие лица заявляют, что они думают и чувствуют иначе, они неуверенны в собственной личности, она изменилась; автор об'ясняет это явление тем, что в этом периоде жизни всплывает из несознаваемой сферы душевной деятельности такое количество психического материала, влияющего на душевную жизнь, получается такая масса новых впечатлений и переживаний, что у индивидуума возникает чувство совершающегося изменения его личности, совершившейся ее перемены.

С заявлениями больных о совершившейся перемене их личности приходится встречаться в ряде душевных заболеваний; так, больные в маниакальном периоде маниакально-депрессивного психоза нередко заявляют о необычайном развитии своих умственных способностей, о своей гениальности, о своем высоком положении, и ведут себя соответствующим образом; в депрессивном периоде заявляют, что их личность резко изменилась, что они поглупели, не могут сообразить самого простого дела, они превратились в куклу, в бесчувственного автомата; подобные же заявления в самых чудовищных и нелепых размерах слышим от больных прогрессивным параличом; параноики и парафреники нередко высказывают убеждение, что они не то, что были и за кого считали себя сами; выяснилось, что они совершенно другое лицо; они доказывают это длинным рядом бредовых построений; иногда эти соображения основываются на галлюцинациях, а иногда связываются с действительным чувством происшедшей перемены; некоторые больные переживают чувство изменения личности в периоде выздоровления от острого психоза.

Колебания напряжения деятельности сознания, свойственные здоровым людям, еще в более резкой форме обнаруживаются у душевно-больных; здесь пределы колебаний заключаются между глубоким помрачением психической деятельности и ясным сознанием; колебания и переходы от одного состояния к другому могут иногда поражать своей резкостью, колебания ясности сознания, бывающие нередко при прогрессивном параличе, служат примером сказанному. При сосредоточении внимания в определенном направлении, что в некоторых случаях психозов бывает выражено резко и стойко, различают т. наз. одностороннее напряжение сознания; это наблюдается при поглощении внимания стойкими бредовым идеями и галлюцинациями при относительно ясном сознании и аффективных переживаниях, напр., в меланхолических состояниях, при первичных бредовых идеях, как идеи преследования, изобретения.

Сознание собственного болезненного состояния встречается при душевных заболеваниях не часто; чаще больные усматривают наличность болезни у других душевно-больных, поражающих их странностями своего поведения, чем у себя самих; это становится понятным, если принять во внимание, что болезненные переживания душевно-больных представляются для них совершенно реальными событиями, к которым они поэтому и не могут отнестись с необходимой критикой и оценить их надлежащим образом; кроме того, сознание их не во всех случаях отличается необходимой для этого ясностью; чисто физические необычные ощущения чаще рассматриваются, как болезненное состояние, напр., чувство связанности у кататоников; сознание своего болезненного состояния нередко обнаруживается в продромальном периоде душевного расстройства в виде чувства страха психоза и в начале болезни; в периоде выздоровления от душевного заболевания сознание минувшего болезненного состояния представляет обычное явление, за исключением тех случаев, в которых период болезни выпадает из памяти; при периодически повторяющихся психозах больные нередко настолько сознательно относятся к начинающемуся болезненному состоянию, что сами обращаются к врачебной помощи и даже просят о помещении их в лечебницу.

Бессознательные состояния в настоящем смысле этого слова, т. е. состояния, выражающиеся в отсутствии сознаваемой и несознаваемой душевной деятельности, в отсутствии психической жизни, поскольку можно судить, вообще не представляются для душевных заболеваний более характерными, чем для других, т. назыв. соматических болезней, скорее даже наоборот.

---

*) Janet, 1.c.[394]), p. 28—29.
*) Jaspers, 1. c. [269]), S. 59—60.

Сюда относятся обморочные состояния, начинающиеся головокружением и представляющие явление сосудодвигательного происхождения; случаи глубокой и обыкновенно продолжительной утраты сознания называются коматозным состоянием (coma); они наблюдаются в связи с судорожными приступами падучей болезни и при падучевидных припадках[526]), при сотрясении мозга (commotio cerebri), при органических поражениях головного мозга и при различных внутренних заболеваниях, которые могут осложнять и душевные болезни, как инфекционные заболевания, уремия, диабет; бессознательное состояние, из которого удается хотя на время вывести больного посредством сильного раздражения, называется сопорозным (sopor или torpor); состояние спячки, из которого больной выводится сравнительно легко, но тотчас же снова в нее погружается, называется somnolentia; все эти состояния имеют важное значение и при изучении внутренних болезней.

Интересно приводимое Корсаковым наблюдение Herzen'a[527]), сделанное им на самом себе и относящееся к порядку восстановления сознания после обморока: сначала появляется смутное сознание существования; далее возникают представления в хаотическом беспорядке, без отнесения их к внешнему или внутреннему миру; вслед за этим возвращается самосознание, сознание Я, своей личности, отделяемой от внешней обстановки, и, наконец, уже сознание восстанавливается настолько, что больной уясняет причину своего состояния, поняв, что с ним был обморок.

XXIX.

Расстройство сна у душевно-больных; расстройство в периоде засыпания, сна и пробуждения; расстройства количественные и качественные; бессонница и сонливость. Значение состояния сна для предсказания при душевных болезнях. Сновидения душевно-больных. Повышение и понижение утомляемости у душевно-больных; чувство усталости.

Связь физических процессов, происходящих в головном мозгу, с психическими представляется теснейшей и неразрывной; головной мозг и протекающие в нем биологические процессы являются субстратом душевной деятельности — без первых невозможна последняя; это теснейшее и необходимое взаимоотношение между душевной деятельностью и ее субстратом было выставлено в качестве незыблемого положения в первых же главах нашего изложения и неоднократно подтверждалось в дальнейшем с приведением соответствующих доказательств. Болезненные нарушения биохимических функций головного мозга влекут за собою связанные с ними и обусловленные ими болезненные расстройства процессов душевной деятельности, развитие душевных болезней. Однако, нормальным функционированием головного мозга обусловливается не только нормальное течение психических процессов, но и обширного ряда физических или, как принято говорить, — соматических; из сказанного с несомненностью вытекает, что симптоматика душевных болезней, как обусловленных поражением головного мозга, первичным или вторичным, должна выражаться далеко не исключительно расстройством психических процессов, но и значительным количеством болезненных явлений физического свойства; так это представляется и в действительности. Различные нарушения функций внутренних органов и желез внутренней секреции, отражаясь, кроме центральной, и на периферической, и на симпатической нервной системе, влекут за собою наряду с душевным расстройством и болезненные явления соматического порядка.

Одно из самых распространенных расстройств, встречающихся у душевнобольных, это нарушение функции сна. При нормальных условиях в жизни человека происходит ритмическое чередование бодрствования со сном, при чем период бодрствования по своей продолжительности превышает приблизительно вдвое период сонного состояния; во время сна деятельное состояние центральной нервной системы, органов чувств и поперечнополосатой мускулатуры сменяется отдыхом; одним из существенных признаков наступившей потребности сна является чувство усталости, связанное с понижением впечатлительности, вялостью мышления и уменьшением подвижности[530]). Исследования глубины сна, показателем которой служат звуковые раздражания[547]) наименьшей силы, необходимой, чтобы разбудить спящего, показали, что с момента засыпания в течение первого часа глубина сна быстро наростает, затем круто падает, а со второго часа до пробуждения происходит постепенное, медленное падение ее иногда с незначительным повышением под утро. У людей здоровых засыпание протекает очень быстро, нередко в несколько секунд; эта быстрота обусловливается несколькими факторами: личной способностью к засыпанию, физиологической усталостью и процессами, поддерживающими возбужденное состояние мозговой коры; первые два условия ускоряют период засыпания, а третье его удлиняет[531]). Пробуждение также происходит быстро, при чем здоровый выспавшейся человек чувствует себя бодрым и свежим, хорошо отдохнувшим. Сон[*]) или, по выражению И. П. Павлова, сонное торможение представляется необходимым для поддержания жизни и здоровья животных и человека; продолжительное искусственное лишение сна, применявшееся над животными, напр., над собаками, показало, что через некоторое время, приблизительно через десять дней, животныя погибают, при чем в клетках мозговой коры обнаруживаются патологические изменения[532]); в крови и черепномозговой жидкости животных, лишенных сна, были найдены токсические вещества, впрыскивание которых под мозговую оболочку собаке вызывало у нее

---

[*]) Интересующимся современными научными взглядами на сон и литературой, посвященной этому вопросу, могу указать работу Tromner'a.[548])

сонливость; эти токсические нетеплостойкие вещества известны под общим названием гипнотоксина; чувство усталости, испытываемое человеком, связывается с накоплением в организме продуктов утомления и вызывающих усталость веществ (Ermudungsstoffe), как фосфорная и угольная кислота, молочная кислота, креатин[539]); вероятно, эти вещества входят в состав гипнотоксинов. Неудовлетворительное самочувствие человека, которому не удалось выспаться, заторможенность его психических процессов, выражающаяся в затрудненном восприятии, затрудненном ассоциировании, сосредоточении и активном мышлении, особенности его поведения, его вялость и малоподвижность представляются фактами общеизвестными из наблюдений над другими и из личных переживаний.

У здорового человека сон расстраивается главным образом при наличности усиления возбуждающих процессов; такими могут явиться гнетущие заботы и мысли, мощно приковывающие внимание, возбуждение радостного, веселого характера, усталость, граничащая с переутомлением, связанная с возбужденным состоянием, может дать против ожидания бессонную ночь или ночь тревожного сна; возбуждающие, спиртные напитки в первом периоде своего действия также вызывают бессонницу. У душевно-больных условия, приводящие к развитию нарушений сна, имеются в значительном количестве и выражены с большой силой, вследствие чего различного рода расстройства сна принадлежат у них к числу самых обычных явлений.

Сон может расстраиваться во всех трех периодах: в периоде засыпания, собственно сна и в периоде пробуждения. Засыпание может вместо короткого времени растягиваться на неопределенно продолжительные сроки, при чем в ряде случаев сон совершенно не наступает; часто приходится слышать жалобы больных, что мешает заснуть общее вздрагивание, появляющееся каждый раз, как только они готовы погрузиться в сон; от этого вздрагивания они и просыпаются, оно их пугает; между тем, такое вздрагивание обусловливается общим рефлекторным возбуждением, вызванным тактильным раздражением окружающей средой, приобретающем особое значение в момент засыпания, когда умеряющее влияние мозговой коры на рефлекторные реакции подкорковых областей понижается; чаще всего жалобы на вздрагивание при засыпании слышатся от неврастеников и переутомленных людей. Засыпанию препятствуют тревожные мысли, роящиеся в сознании больного, бредовые идеи, навязчивые мысли и страхи, напр., страх смерти во время сна; гипнагогические галлюцинации, боязнь кошмарных сновидений, преследующих больного; возбужденное состояние, повышенная эмоциональная возбудимость и переживание различных аффектов, связанное с измененным состоянием кровообращения. Чаще всего период засыпания в конце концов переходит в сон, но наблюдаются случаи, в которых этого перехода не происходит; тогда больным приходится переживать полную бессонницу. Понятие бессонницы вообще подразумевает различные степени отсутствия и нарушения сна; сон может быть недостаточным, в смысле количества часов, которое вместо нормальных 7—8 часов ограничивается меньшим их числом, напр., 2—3 часами; он страдает и качественно, будучи слишком поверхностным, легким, часто прерывающимся; больные не столько спят, сколько дремлют, просыпаясь при малейшем шорохе; нередко сон сопровождается кошмарными, ужасающими сновидениями, заставляющими больных с криком просыпаться и вскакивать с постели; такие кошмарные сновидения свойственны, напр., травматическому психоневрозу, при чем содержанием их являются, главным образом, события обстановки, вызвавшей заболевание[533]). Кошмарные сновидения, соединенные с развитием чувства давления и ужаса, характеризуют припадки ночных страхов, особенно часто встречающихся у детей (Pavor nocturnus, Alpdruck).

Бессонница представляется характерным свойством продромального периода различных душевных заболеваний, она почти как правило сопровождает остро протекающие психозы, появляясь также в периоде обострений при хроническом их течении; упорная бессонница, держащаяся иногда месяцами, встречается в продромальном периоде прогрессивного паралича и мозгового сифилиса [533a]). Полная бессонница наблюдается сравнительно редко и обыкновенно не бывает продолжительной, чаще встречается недостаточное число часов сна и незначительная глубина его, болезненная чуткость сна. Кривыя сна при душевных заболеваниях вообще мало изучены; на основании ряда наблюдений Останков[534]) обращает внимание на значительную закономерность хода кривой сна в маниакальном периоде маниакально-депрессивного психоза: число часов сна является крайне недостаточным в гипоманической фазе, в выраженной маниакальной и в фазе неистовства; лишь с приближением фазы двигательного успокоения сон начинает улучшаться; по мнению автора, ход кривой сна может служить одним из вспомогательных признаков для распознавания болезни.

Часто больные с полным основанием высказывают жалобы на бессонницу; но наблюдаются также парадоксальные случаи, когда больные жалуются на абсолютную бессонницу, продолжающуюся будто бы многими месяцами и даже годами, между тем как наблюдением устанавливается с несомненностью, что эти больные спят совершенно достаточно и даже днем проводят время в дремоте; мне приходилось встречать это явление у циклотимиков и прогрессивных паралитиков; одна больная годами жаловалась на то, что она не может спать без снотворных средств, между тем как она получала только порошки Natrii bicarbonici; больной прогрессивным параличом жаловался на невозможность заснуть, между тем как он дремал стоя, прислонившись к стене; в последнем случае, конечно, имела значение и недостаточно критическая оценка больным своего состояния, но вообще подобные случаи указывают, что больные, обнаруживающие рассматриваемое противоречивое явление, страдают качественным расстройством сна, не освежающего их и

не восстанавливающего их сил; они не чувствуют себя выспавшимися, вследствие чего и жалуются на бессонницу.

Сон расстраивается не только в смысле развития бессонницы, но и в противоположном направлении, т. е., в смысле усиления наклонности спать, увеличения числа часов сна по сравнению с присущей данному лицу нормой; слабоумные, идиоты спят по много часов, иногда целыми днями; чрезмерная сонливость наблюдается при старческом слабоумии, как и вообще в преклонном возрасте; у стариков обычно потребность в сне уменьшена, равно как мало спят больные старческими формами душевных заболеваний, сопровождающихся состоянием возбуждения; люди, выздоравливающие от душевной болезни, особенно, если во время ее они страдали бессонницей, также спят по много часов подряд и не могут выспаться; так продолжается неделями. Если ход кривой сна может в некоторых случаях иметь диагностическое значение, то бесспорно большее значение ему принадлежит в прогностическом отношении, а именно: улучшение сна больного, наступающее наряду с улучшением его психического состояния, служит обыкновенно благоприятным признаком для предсказания; улучшение болезненных психических симптомов, граничащее с их исчезновением, но не сопровождающееся восстановлением сна, заставляет опасаться рецидива болезни, давая основание очень осторожно отнестись к предсказанию и рассматривать состояние больного только как кратковременный светлый промежуток; улучшение сна, наступающее без улучшения, а нередко даже с ухудшением психических симптомов, наблюдается обыкновенно по мере установления хронического течения болезни и при развитии ясно выраженного слабоумия.

Сонливость (somnolentia) у людей анемичных, истощенных, слабоумных, ожирелых иногда достигает такой степени развития, что они почти все время находятся в состоянии спячки, из которой выводятся с трудом (narkolepsia, см. гл. XXVIII).

У здоровых людей пробуждение происходит легко и быстро; проснувшийся человек тотчас же овладевает течением своих мыслей, сразу ориентируется в окружающей обстановке. При условиях патологических период перехода от сна к бодрствованию болезненно нарушается: в одних случаях он затягивается на продолжительное время, при чем, несмотря на внутренние усилия и внешние раздражения, больной не может проснуться; описаны случаи, когда таких больных переносили из одного этажа в другой и из одного здания в другое без того, чтобы они проснулись.[535]) В других случаях больные, сравнительно легко выходя из состояния сна, не переходят, однако, к бодрствованию, а более или менее продолжительное время остаются в просоночном состоянии, что видно из их поведения и отношения к окружающему (Schlaftrunkenheit). Иногда период пробуждения нарушается в обоих указанных направлениях, т. е., и затягивается и не оказывается достаточно полным. Перечисленные нарушения наблюдаются у психопатически расположенных личностей, у психастеников, истериков, эпилептиков и при различных других душевных заболеваниях, как dementia praecox, прогрессивный паралич; это явление встречается у детей и у подростков в периоде возмужалости.

Бессонница, будучи одним из суб'ективно-тяжелых симптомов болезни, принадлежит к проявлениям болезни, ее последствиям, входит в ее клиническую картину; поэтому, когда говорят о бессоннице, как о причине болезни, этим самым обнаруживают недостаток логического мышления; не бессонница вызывает болезнь, а болезнь, развиваясь, в числе других симптомов проявляется бессонницей; конечно, в свою очередь бессонница отражается вялостью психических процессов, чувством усталости и, повидимому, способствует истощению и падению веса больных[*]), но последствия ее не могут быть признаны тождественными с последствиями экспериментальной бессонницы животных, так как бессонница людей представляется лишь относительной. Другое дело искусственное лишение сна, вернее, недостаточное количество сна, вызванное неправильным образом жизни и не вытекающее из болезненного состояния; организм до известной степени приспосабливается к недосыпанию, но если оно принимает длительный характер, то отражается вредно, приводя к переутомлению и истощению с их отрицательными последствиями.

Сновидения [540-544]) [546]), вообще свойственные сну, характеризуют, главным образом, периоды неглубокого сна, дремотные состояния, близкие к пробуждению; естественно поэтому, что бессонница, выражающаяся неглубоким сном, особенно обильна сновидениями. Мы уже упоминали, что у душевнобольных сновидения могут служить источником бреда[536]), ложных воспоминаний, смешиваются с действительностью. Описаны случаи убийств и покушений на убийство, вызванных сновидениями, смешанными с действительностью; так, напр., Трапезников описал случай, в котором один сарт, курильщик наркотической анаши, ранил ударом ножа другого сарта, относительно которого он видел во сне, что тот отнимает у него невесту[537]). Отмечают стойкость, повторность сновидений у истеричных; сновидения истеричных в гораздо большей степени отражаются на их поступках и поведении и смешиваются с действительностью, чем у других больных[538]). Не следует упускать из вида, что при передаче своих сновидений истеричные больные часто разукрашивают их фантастическими выдумками и хитросплетениями; но этими свойствами могут отличаться их сновидения действительно, а сонные образы могут быть яркими и причудливыми. Сон маниакальных больных беден сновидениями; часто у них наблюдаются сновидения эротического содержания; сновидения меланхоликов однообразны, повторяются, нередко носят мрачный характер[575]). Кошмарные сновидения, наблюдаемые часто при различных инфекционных заболеваниях, сопровождающихся повышенной температурой, встречающиеся у детей, особенно при затруднении дыхания вследствие разращений в носоглоточном пространстве, часто бывают у страдающих эпилепсией, истерией, травматическим психоневрозом, белой горячкой и различными

---

[*]) Останков, 1. с. [534]).

душевными болезнями, выражающимися развитием галлюцинаторных состояний, спутанностью и помрачением сознания и аффектами страха и ужаса; при этом больные с криком вскакивают по ночам, представляясь небезопасными, как для себя, так и для окружающих, и поэтому нуждаются в тщательном надзоре. Естественно, что больные с вялыми и недостаточными психическими процессами, слабоумные, спят почти без сновидений. Сновидения эпилептиков, повидимому, находятся в соотношении с их припадками, иногда предшествуя им; тревожный и беспокойный сон алкоголиков часто сопровождается сновидениями, аналогичными их галлюцинациям — мелкие животныя, крысы, мыши, змеи и др.[574]) Больные, страдающие слуховыми галлюцинациями, особенно хроническими, нередко вообще засыпают с трудом, так как им мешают усиливающиеся при этом галлюцинаторные голоса; один из таких больных рассказывал, что с однообразными и монотонными голосами он научился справляться, но с разнообразными голосами неприятного содержания он ничего поделать не может и они не дают ему спать иногда целыми ночами.

Сон здорового человека находится в известном соотношении с развивающимся у него в течение дня утомлением и испытываемым им чувством усталости. Однако, усталость представляется лишь одним из факторов, обусловливающих наступление сна, и если одновременно существуют условия, препятствующие засыпанию, возбуждающие психическую деятельность, то сна может и не наступить. У душевно-больных, как было выяснено, последнее условие имеет важное значение; но и утомляемость и сопровождающее ее чувство усталости часто развивается у душевно-больных иначе, чем у людей здоровых. Мы встречаем у душевно-больных повышенную и пониженную утомляемость. Повышенная утомляемость выражается чрезмерным чувством усталости, испытываемым больным без обычных для этого оснований: уже с утра такие больные чувствуют себя утомленными и вялыми, каждое движение представляется для них затруднительным и даже страшным, невыносимым, самое ничтожное усилие их пугает; они не могут приняться даже за несложную умственную работу, не в состоянии сосредоточиться на непродолжительное время, вследствие усиливающегося чувства усталости, повышенной утомляемости. Психастеники, истеричные, больные угнетенные, выздоравливающие от перенесенных душевных заболеваний часто переживают такие состояния[*]). Наоборот, больные, находящиеся в психодвигательном возбуждении, обнаруживают пониженную утомляемость, несмотря на то, что их возбужденное состояние, продолжающееся нередко многими днями, далеко превосходит двигательную деятельность, развиваемую здоровым человеком даже при усиленной физической работе; пониженная утомляемость таких больных держится, несмотря на отсутствие отдыха, который здоровые люди имеют во сне, и которого у возбужденных душевно-больных часто почти не бывает. Конечно, описываемое состояние представляется явлением временным, и по миновании его наступает реакция, выражающаяся сильной усталостью и чувством разбитости, сопровождающимся увеличением количества и глубины сна. Здоровый человек, развивая двигательную энергию, расходует ее с известным расчетом, по мере потребности, пред'являемой окружающей его обстановкой, часто инстинктивно щадя свои силы, — он бережет себя; возбужденные душевно-больные, особенно при явлениях помрачения сознания, в бессмысленном возбуждении, расходуют maximum своей мышечной силы, чему способствует отсутствие чувства усталости; это приводит к необоснованному представлению о том, что сила душевно-больных увеличивается в состоянии возбуждения во много раз, между тем как в действительности она не увеличивается, а расходуется без расчета и без запаса; правильность сказанного доказывается тем, что питание возбужденных больных значительно нарушается, и вес их тела по мере продолжения возбуждения сильно падает. Наблюдаются случаи, что чрезмерно сильное и продолжительное, двигательное возбуждение больных, особенно при органических болезнях головного мозга (прогрессивный паралич, острый бред), заканчивается лишь вместе с развитием крайнего истощения больного и приводит его к смертельному исходу. В течение 1918 года, когда недоедание не только здорового населения Северной Коммуны, но и населения больниц достигло степени голодания, было отмечено уменьшение психодвигательного возбуждения среди душевно-больных, как со стороны силы, так и со стороны продолжительности его проявления.

XXX.

Нервные поражения при душевных болезнях; их виды. Расстройства движения — парезы и параличи, апоплектиформные и эпилептиформные приступы, поражение глазодвигательных нервов, тазовых органов; судорожные явления; дрожание и его разновидности; расстройство координации движений; расстройство речи; изменение голоса; расстройство письма и почерка. Расстройства чувствительности; боли, предсердечная тоска, расстройства органов чувств. Изменение рефлексов при душевных болезнях, мышечный валик, изменение электрической возбудимости нервов и мышц. Изменения зрачковой реакции при душевных болезнях; реакция при замыкании глазных щелей, психическая реакция, нейротоническая реакция.

---

*) Мышечная усталость об'ясняется накоплением в работающей мышце органических соединений, о которых упоминалось выше и к которым принадлежит токсин усталости Weichardt'a (Kenotoxin); [545]) при повышенной утомляемости душевно-больных несомненно утомляемость и усталость обусловливаются и центральными причинами, так как они появляются в случаях, где мышечная работа отсутствует, и обратно, несмотря на усиленное двигательное возбуждение, способствующее накоплению утомляющих веществ, усталости в течение продолжительного времени не наблюдается.

Являясь следствием поражения центральной нервной системы, душевные болезни могут сопровождаться чисто нервными расстройствами, которые в известной степени входят в симптоматологию заболеваний, при которых они обнаруживаются. Конечно, душевно-больные, как и другие люди, заболевают различными органическими нервными болезнями, появляющимися у них в качестве случайного эпизода или осложнения основной болезни, не имеющего ничего общего с патологическим процессом, вызвавшим душевное расстройство; напр., развитие периферического паралича лицевого нерва или седалищной невралгии у больного маниакально-депрессивным психозом совершенно не находится в соотношении с психозом. Но в большом ряде случаев нервные проявления у душевно-больных, как функционального, так и органического происхождения, вытекают, как следствие того же самого болезненного процесса, который привел к развитию душевного заболевания; такие нервные проявления естественным образом должны приниматься, как симптомы общей болезненной формы, выражающейся психическими и нервными расстройствами одновременно. Только такие болезненные нарушения могут включаться в клиническую картину душевных болезней и относиться к их симптоматологии, и только такие нервные поражения подлежат нашему рассмотрению.

Нервные поражения, наблюдаемые у душевно-больных, как и расстройства нервных функций вообще, разделяются на расстройства движения, чувствительности, рефлексов, секреторные, вазомоторные и трофические.

Расстройства движения обнаруживаются нарушением двигательных иннервации и различных, связанных с ними актов, а именно: в форме парезов и параличей, судорог, расстройства координации движений, расстройства речи и расстройства почерка.

Парезы и параличи могут быть функционального и органического происхождения, характеризуясь всеми обычными признаками, отличающими те и другие и подробно рассматриваемыми в курсах нервных болезней; функциональные параличи, свойственные истерии, имеют психогенное происхождение и присущи душевным расстройствам, обусловленным истерией; органические параличи бывают центрального и периферического происхождения; как функциональные, так и органические параличи и парезы носят различное распространение, выражаясь в форме моно-, геми- и параплегии или парезов. Органические параличи зависят от тех же причин, которыми вызывается и душевное заболевание, при котором они развиваются, как воспалительные процессы, поражающие нервную систему, различного рода интоксикации (алкоголь) и инфекции (брюшной тиф), влияние сифилитического яда, мозговые кровоизлияния и тромбозы при артериосклерозе. Все они имеют характеризующие их типические черты, изученные в невропатологии, повторять которые излишне; здесь же должно быть обращено внимание на такие парезы и параличи, которые присущи органическим душевным заболеваниям, которые отличаются известными особенностями своего происхождения, развития и течения.

Сюда относятся апоплектиформные и эпилептиформные инсульты или удароподобные и падучевидные приступы или припадки, входящие в клиническую картину мозгового сифилиса и прогрессивного паралича помешанных; хотя те и другие проявляются и самостоятельно, но нередко они наблюдаются в сочетании одни с другими и имеют общее происхождение, почему представляется правильным рассматривать их вместе. Апоплектиформные приступы напоминают апоплексию, как по своему течению, так и по последствиям, так как приводят к парезам и параличам; однако, течение апоплектиформных приступов и связанных с ними параличей отличается от настоящих апоплексии, обусловленных мозговыми кровоизлияниями (геморрагиями); также и эпилептиформные отличаются от приступов эпилепсии; одновременная наличность сходных и отличительных черт и привела к обозначению явления только что указанными терминами. В одних случаях эти инсульты выражаются в виде головокружений и обмороков более или менее продолжительных, сопровождающихся побледнением и последующим покраснением и даже синюхой лица и кожных покровов; по миновании такого обморока сознание в течение некоторого времени остается помраченным; в более тяжелых случаях клиническая картина носит угрожающий характер: развивается стерторозное дыхание, сопорозное и даже коматозное состояние, упадок сердечной деятельности; уже в это время нередко удается определить моно- или гемиплегическое поражение конечностей; несмотря на видимую тяжесть припадков, больные часто оправляются от них, хотя и с существенными дефектами: во-первых, заметно усиливается слабость их психических процессов, а во-вторых, развиваются паралитические явления в членах; иногда дело ограничивается легкими и скоропреходящими парезами языка и конечностей, афазиями, парафазиями, расстройством артикуляции, различными парэстезиями в пораженных членах, в других же случаях наблюдается развитие более стойких частичных и половинных параличей туловища и конечностей. Тяжесть приступов зависит от степени развития и распространения болезненного процесса, их вызывающего; изучение его относится к частной патологии прогрессивного паралича; приступы вызываются хроническим воспалительным процессом [549]) паутинной и мягкой оболочек и мозговой коры, обусловливающих болезнь, а также развитием кистевидных образований, оказывающих давление на подлежащие участки мозговой ткани; по мнению Мержеевского и Бехтерева[550]), приступы возникают вследствие изменения черепно-мозгового кровообращения, усиливающего давление со стороны цереброспинальной жидкости и особенно со стороны серозной жидкости, заключенной в кистевидных полостях, на различные участки мозговой коры; выравнивание и урегулирование давления приводит к прекращению приступа. На основании новейших исследований первопричину паралитических приступов следует искать в интоксикации организма, но об этом будет

сказано в курсе частной психиатрии при рассмотрении прогрессивного паралича. Из сказанного понятно, что приступы могут выражаться в форме судорог джаксоновского типа, более или менее распространенных, проявляющихся повторными или затяжными припадками, или в форме развития парезов и параличей, а также в форме судорог и параличей одновременно; одна из характерных особенностей рассматриваемых инсультов заключается в повышении температуры тела вместе с их наступлением и даже несколько ранее, между тем как при апоплексиях температура сначала понижается, а затем обнаруживается ее повышение; другая особенность апоплектиформных параличей заключается в том, что они, несмотря на их видимую тяжесть, сравнительно быстро и легко выравниваются, иногда в течение нескольких дней; нередко только повышение сухожильных рефлексов и более резко выраженное дрожание конечностей указывает на то, что они были парализованы; быстрое и легкое выравнивание параличей представляется совершенно понятным, если принять во внимание, что они развиваются в членах, функциональные центры которых вследствие захватившего их болезненного процесса особенно легко ранимы; поэтому, насколько легко страдает их функция в зависимости от обострения процесса или изменения давления, которому они подвергаются, настолько же легко они оправляются вместе с уменьшением вредоносного действия, нарушившего их функцию; естественно, что при далеко зашедшем патологическом процессе апоплектиформные параличи отличаются более стойким характером, особенно в тех случаях, когда болезненный процесс сопровождается развитием в головном мозгу очаговых явлений, [551—552]) что, впрочем, наблюдается нечасто.

Развитие парезов и параличей, наблюдаемое при сифилисе мозга, обусловливается сифилитическим эндоартериитом и гуммозными поражениями мозгового вещества; поэтому такие параличи отличаются большей стойкостью, чем наступающие в связи с апоплектиформными инсультами при прогрессивном параличе, хотя сами по себе инсульты при том и другом заболевании нередко по картине своего развития бывают трудно различимыми; на помощь дифференциональному распознаванию приходит общая клиническая картина болезни, выражающаяся при сифилисе мозга в головных болях, гнездных, часто множественных явлениях мозгового поражения, в относительно меньшем поражении интеллекта больного, в отсутствии общих психических симптомов, характеризующих прогрессивный паралич, как, напр., наростающее течение слабоумия, в резком колебании болезненных проявлений, особенно, в связи со специфическим лечением; в отсутствии положительной реакции Wassermann'а при исследовании цереброспинальной жидкости; наконец, при мозговом сифилисе очаговые явления могут захватывать и спинной мозг, что выражается соответствующими нарушениями функций, характерными для спинномозговых локализаций поражения, как поражения с различного рода расстройством кожной и мышечной чувствительности, расстройства деятельности тазовых органов и нек. др. Развитие параличей также может сопровождаться судорогами и судорожными припадками, которые иногда развиваются самостоятельно, чаще по джаксоновскому типу, но иногда лишь с трудом отличаются от судорожных приступов эпилепсии. Более стойкие параличи, обусловленные подкорковой и стволовой локализацией очаговых поражений, свойственны мозговому сифилису, а не прогрессивному параличу.

Черепно-мозговые парезы и параличи, развивающиеся при артериосклеротических и старческих формах душевных болезней, обусловленные мозговыми кровоизлияниями и тромбозами артериальных ветвей с последующим размягчением вещества мозга, по своей клинической картине и течению не отличаются от обычных случаев параличей соответствующего происхождения; естественная разница заключается в том, что, развиваясь в более или менее инвалидном мозгу, даже частичные кровоизлияния и тромбозы, нарушая его кровообращение и питание, могут существенно отражаться на общих его функциях, усиливая явления слабоумия.

Периферические параличи и парезы не входят обыкновенно в картину симптомов душевных болезней, за исключением тех случаев, когда одна общая причина, поражая и периферические, и центральные черепно-мозговые невроны, вызывает одновременно и периферические параличи, и душевное расстройство; так бывает при описанном Корсаковым*) алкогольном полиневрите с психическими явлениями, вызываемом хроническим отравлением алкоголем, так бывает при различных инфекционных интоксикациях, как брюшной тиф, дизентерия и др. В этих случаях, в зависимости от тяжести поражения нервной системы, периферические параличи бывают различной степени, от легких до самых тяжелых, сопровождающихся реакцией перерождения и мышечными атрофиями.

Паралитические и паретические поражения при органических формах душевных болезней обнаруживаются в различных органах и членах тела, захватывая область черепных нервов, туловища, конечностей, тазовых органов, смотря по локализации патологического процесса. Так, для сифилитических поражений представляются особенно характерными параличи глазодвигательных мышц ядерного и базилярного происхождения. Развивающиеся при сифилисе мозга бульбарные явления или поражения черепных нервов на основании мозга могут приводить к расстройству глотания; конечно, последствием этого бывает попадание пищи в дыхательные пути и развитие пнеймонии (Schluckpneumonie); аналогичное явление встречается при множественном неврите токсического или инфекционного происхождения.

При сочетании органических поражений головного мозга, приводящих к душевному расстройству, со спинномозговыми поражениями наблюдаются нарушения функции тазовых органов, мочевого пузыря и

---

*) Корсаков, 1. с. [335]).

прямой кишки, проявляющиеся, в зависимости от уровня спинномозгового фокуса, в форме задержки произвольного мочеиспускания до степени ischuria paradoxa и задержки произвольного испражнения или недержания мочи и кала (incontinentia urinae et alvi); это обычно бывает при сифилитических поражениях, реже при множественном неврите; при спинной сухотке, дающей иногда вспышки и длительные проявления душевного расстройства[553]), а чаще сочетающейся с прогрессивным параличом (taboparalysis progressiva), также наблюдаются тазовые расстройства, свойственные этой болезни. В некоторых, преимущественно, далеко зашедших случаях прогрессивного паралича встречаются преходящие, более или менее стойкие парезы и параличи мышцы, изгоняющей мочу (detrusor vesicae), что приводит к значительному растяжению пузыря накопившейся мочой, которую приходится выпускать посредством катетера; при слабоумии больных и развитии у них пониженной чувствительности они не жалуются на болевые ощущения, вследствие чего при отсутствии тщательного ухода размеры растянутого пузыря достигают иногда до уровня пупка. В более редких случаях чрезмерное растягивание пузыря мочой встречается при старческом слабоумии и при кататоническом негативизме.

Судорожные явления, наблюдаемые при душевных болезнях, бывают различными по своему распространению и форме; чаще всего это общие или частичные судороги, выражающиеся в эпилептических и в истерических судорожных приступах, характеризующих эпилептические и истерические психозы; эпилептические приступы могут проявляться в виде отдельных, обособленных приступов, могут группироваться по несколько приступов, следующих один за другим с большими или меньшими перерывами, могут также проявляться в ряде приступов, быстро сменяющихся, почти без свободных промежутков — эпилептическое состояние, status epilepticus. О падучевидных приступах уже говорилось, к сказанному следует прибавить, что они выражаются также в виде судорожных подергиваний в отдельных членах и мышечных группах и в некоторых случаях характеризуются, как status epileptiformis, которое иногда тянется не только часами и днями, но даже неделями и месяцами.[554]) Судорожные приступы общие и частичные наблюдаются и при других формах органических душевных болезней, как мозговой сифилис, острый бред, артериосклеротические и старческие психозы; также при психозах токсического происхождения (алкоголь, абсент, спорынья), при психозах уремических, эклампсических; судорожные приступы с характером общей или частичной падучей часто встречаются при идиотии, особенно развившейся вследствие органического поражения мозга в раннем детстве (lues, туберкулез, энцефалиты); такие случаи идиотии часто сопровождаются детскими черепно-мозговыми параличами. Судорожные приступы наблюдаются у кататоников, но, по-видимому, в этих случаях имеется сочетание с эпилепсией или истерическое расположение; в подобных случаях они могут обнаруживаться и при других душевных заболеваниях. Там, где имеются судорожные приступы или параличи органического, функционального, центрального или периферического происхождения, конечно, встречаются и контрактуры. При органических психозах, особенно при прогрессивном параличе и мозговом сифилисе, иногда наблюдается судорога жевательных мышц, выражающаяся в длительном сжатии челюстей или в жевательных движениях со скрежетанием зубов; это явление встречается также у идиотов (ruminatio). У идиотов и умственно отсталых наряду с парезами и параличами черепно-мозгового происхождения могут наблюдаться в парализованных конечностях явления атетоза или хореоподобные движения. Встречаются у душевно-больных и хореические судорожные движения, как хронического, так и острого характера; при острой, инфекционной хорее иногда наблюдаются явления душевного расстройства.

Параличи и парезы у душевно-больных, следуя общим неврологическим законам, связанным с локализацией вызывающего их поражения, бывают спастическими и вялыми, сопровождаясь гипертоническим или гипотоническим состоянием мускулатуры. Однако, гипертония мускулатуры связывается не только с развитием параличей; повышение мышечного тонуса присуще судорожным состояниям вообще; также судорожным сведениям, контрактурам; каталепсии и каталептоидные состояния характеризуются повышением мышечного тонуса; у истеричных и у кататоников гипертония может достигать степени резко выраженного, почти тетанического напряжения мускулатуры, так что члены таких больных не удается вывести пассивным путем из принятого ими положения; гипертония у истеричных иногда выражена так сильно, что больного удается положить, как перекладину, на два стула — затылком на один, а пятками на другой. Однако гипертония не представляется постоянным свойством заболеваний, при которых она наблюдается, за исключением случаев органических парезов и параличей и судорожных состояний; она может сменяться гипотонией[555]) или понижением мышечного тонуса, что нередко обнаруживается при истерии и эпилепсии, а следовательно, и при истерических и эпилептических психозах; гипотония свойственна различным видам группы раннего слабоумия, проявляясь обычно вслед за явлениями гиперкинеза, она наблюдается и при кататонии, сменяя напряженное состояние мускулатуры; развитие хореических явлений при душевных болезнях, как хорея вообще, сопровождается понижением мышечного тонуса; гипотония свойственна спинной сухотке, а следовательно, она выражена и при душевных заболеваниях, развивающихся у спинносухоточных, и при сочетании спинной сухотки с прогрессивным параличом.

Дрожание в мышцах и членах при различных душевных болезнях представляется частым явлением; оно встречается, как при функциональных, так и при органических заболеваниях и в некоторых случаях относится к числу характерных симптомов.[556—557]) Конечно, нервные заболевания, сопровождаемые дрожанием и в значительной степени клинически в нем выражающиеся, сохраняют присущие этому

движению свойства и при осложнении их душевным расстройством; сюда принадлежит, напр., базедова болезнь, дрожательный паралич (paralysis agitanis), рассеянный склероз с его интенционным дрожанием, paramyoclonus multiplex с его клоническими мышечными сокращениями. Дрожание наблюдается в веках, в языке, в конечностях; наблюдается общее дрожание тела, наблюдаются волоконцевые, фибриллярные сокращения или подергивания в мышцах лица, туловища, конечностей, известные также под названием фибриллярного дрожания. Дрожание далеко не всегда бывает достаточно характерным для болезненной формы, при которой оно встречается; наименее характерно дрожание век, наиболее характерно и наиболее изучено дрожание верхних конечностей, особенно пальцев. Дрожание истеричных, будучи, как и другие симптомы истерии, психогенного происхождения, отличается полиморфным характером, разнообразием и может представлять различные, незаметные переходы от дрожания пальцев к дрожанию целых членов и ритмическим движениям. Дрожание неврастеников и психастеников — мелкое, мало характерное дрожание; близко к нему стоит дрожание при контузионном травматизме и контузионных и травматических психозах. Более типичным представляется дрожание при алкогольных психозах, при прогрессивном параличе помешанных и при старческих психозах.

нет страниц 404, 405

головного мозга; они свойственны также функциональным и неочаговым заболеваниям. Так, они обнаруживаются у истеричных больных [569]), чаще всего проявляясь в форме истерического мутизма; происхождение их при истерии психогенное. Расстройства сенсорного характера, непонимание речи, сопровождающееся обычно и непониманием значения и неузнаванием окружающих предметов, неумением назвать их надлежащим образом, вследствие невозникновения соответствующих словесных символов (асимволия)[570]), наблюдается при острых астенических и инфекционных психозах (amentia), протекающих с помрачением сознания и бессвязностью; аналогичное явление отмечено при delirium tremens.

Резкие нарушения часто представляет речь эпилептиков, особенно страдающих частыми судорожными припадками, нередко в связи с явлениями интеллектуальной слабости; она может быть медленной, с растянутым произношением слов, скандированной, с паузами, заикающейся, шепотной; наблюдаются случаи афазии, иногда развивающейся в связи с припадками[571]). Бернштейн[*]) отмечает речевое расстройство у падучных, характеризуемое им термином oligophasia; явление развивается с значительным постоянством при эпилептическом помрачении сознания и заключается в неузнавании предметов и невозможности назвать их присущим им наименованием; восстановление указанных нарушений происходит не одновременно: предметы узнаются, но подобрать для них подходящее название больной еще не может; в его понятии не находится необходимых словесных выражений, так как в это время их слишком мало в его распоряжении; отсюда название олигофазии; это состояние автор сравнивает с процессом точного перевода с родного языка на иностранный, когда в распоряжении переводчика не имеется достаточного запаса необходимых слов, ради приискания которых ему все время приходится обращаться к помощи словаря.

Шепелявая, лепечущая речь инфантильного характера, кроме случаев идиотии и умственного недоразвития, встречается в качестве преходящего явления у истеричных и у больных ранним слабоумием, преимущественно, в его гебефренической разновидности.

Характерное расстройство речи наблюдается у больных прогрессивным параличом[502]) [572]); помимо нарушений афазического и парафазического типа, помимо нарушений, обусловливаемых свойственными этим больным недочетами памяти, вследствие которых необходимые слова и выражения не приходят или не сразу приходят им в голову, и речь утрачивает плавный характер, становится прерывистой и заикающейся, у них обнаруживается ряд нарушений дизартрических, зависящих от поражения артикуляционного речевого аппарата и болезненного изменения фонации. Голос становится глухим, утрачивает свою звучность, исчезают его модуляции и тонкие оттенки, речь теряет свою выразительность; даже наблюдаются случаи афонии; голос дрожит, иногда бывают резкие колебания силы звука; часто речь замедлена; утрачивается отчетливость и внятность речи; особенно страдает речь, если больной волнуется и старается говорить быстро, торопливо; местами пропускаются слоги, местами они удваиваются или даже утраиваются (логоклония); больной, встречая затруднение в свободном произношении слов, спотыкается на слогах; главное затруднение представляют многосложные слова с повторяющимися одинаковыми или сходными слогами и те части слов, в которых сгруппировано подряд несколько согласных букв и буквы *р* и *л*. Заставляя больных произносить такие слова, как «страшное кораблекрушение», «электричество», «эксцентриситет», «университет», «артиллерийская бригада», повторяя их по несколько раз, рельефно обнаруживают указанное расстройство речи. Речь представляется очень сложным психонервным актом, требующим для удовлетворительного выполнения совершенства и гармонии психических процессов и всего артикуляционного аппарата; нарушения в той и другой области немедленно отражаются на речи больных; расстройство речи при прогрессивном параличе, являясь следствием поражения нормальных, функций и душевной деятельности, и артикуляционного аппарата, представляется болезненным симптомом смешанного происхождения. Большое влияние на речь больных, страдающих органическими формами душевных болезней, оказывают апоплектиформные и апоплектические инсульты, нарушающие

---

[*]) Бернштейн, 1. с. [570]).

двигательную способность языка и лицевых мышц; обыкновенно способность речи вслед за инсультом совершенно исчезает на время и только постепенно восстанавливается; сначала артикуляция речи настолько затруднена, что больной издает нечленораздельные звуки, и понять их невозможно; лишь с течением времени артикуляция улучшается, далеко не всегда достигая прежнего совершенства: Liebmann и Edel**) обращают внимание на невнятность речи при старческом слабоумии и на малопонятное бормотание, наблюдаемое у этих больных.

Дрожащей и спотыкающейся представляется речь хронических алкоголиков, которую в некоторых случаях можно смешать с речью больных прогрессивным параличом; при остром отравлении алкоголем нарушается не только связность и плавность речи, но вследствие нарушения иннервационных процессов и правильности координации речевая артикуляция страдает настолько сильно, что иногда отравившиеся алкоголем не бывают в состоянии произнести внятно и отчетливо самых простых и несложных слов.

Выше уже было упомянуто об афонии паретического происхождения, наблюдаемой при прогрессивном параличе; у больных, находящихся в состоянии маниакального возбуждения, много говорящих и кричащих, развивается сипота, доходящая до степени временной утраты голоса; афония встречается также при истерии, вследствие функционального паралича голосового аппарата.

Письмо или письменная речь душевно-больных очень часто подвергается различного рода болезненным нарушениям и особенностям по сравнению с нормой; об этих особенностях письма отчасти уже говорилось; следует также иметь в виду, что при органических заболеваниях центральной нервной системы, головного мозга, наблюдаются расстройства письма, характер которых обусловливается локализацией болезненного процесса, и аналогичные явлениям; так, встречается аграфия, параграфия; эти расстройства свойственны тем же заболеваниям, при которых развиваются афазические симптомы; подобно последним, аграфия и параграфия может развиваться не только при органических заболеваниях, но и при заболеваниях функционального происхождения, как истерия, а также при психозах с недостаточно изученной органической природой, инфекционных и токсических, как раннее слабоумие, острое бессмыслие или amentia, эпилептические психозы; большое значение для возникновения рассматриваемого явления имеет помрачение сознания. Кроме письма, как письменной речи, болезненному изменению подвергается почерк многих больных; после всего сказанного о наблюдаемых у них парезах, судорогах и дрожании, изменение почерка представляется явлением, логически и неизбежно вытекающим из наличности этих двигательных расстройств; однако часто расстройства почерка душевно-больных обусловливаются не чисто двигательными причинами, а подобно нарушениям речи вытекают из сочетания иннервационных нарушений с психическими; в большинстве случаев удается расчленить одни от других, но при рассмотрении их приходится касаться обеих сторон предмета.

Существующее у больных дрожание и паретические явления соответствующим образом отражаются на почерке — на его скорости, четкости, постоянстве и равномерности букв и нажимов, толщине штрихов, плавности линий; у здоровых людей почерк под влиянием утомления физической работой временно утрачивает свои свойства, становясь неравномерным и дрожащим, таким же он становится под влиянием волнения, тревоги, боязни; большее или меньшее дрожание почерка наблюдается и в случаях эссенциального дрожания; дрожащим часто представляется почерк неврастеников, психастеников, травматиков, обнаруживается некоторая неравномерность букв, иногда в зависимости от рассеянного внимания таких больных встречаются пропуски букв, даже слов, грамматические ошибки; особенно характерным свойством отличается почерк при прогрессивном параличе: он представляется дрожащим, неровным, с неравномерными нажимами, отражает атактичность движений больных, обнаруживаются, как и в речи, пропуски букв и слов, удвоение букв и лишние буквы, недописывание слов до конца; все эти явления выражены в соответствии с развитием болезни, ее физических и психических симптомов; в далеко зашедших случаях нельзя бывает разобрать написанного, наконец, вместо письма получаются лишь неправильные и лишенные словесного смысла штрихи. Однако, несмотря на всю характерность почерка больных прогрессивным параличом, в некоторых случаях он может быть смешан с почерком алкоголиков, который тоже бывает дрожащим и неровным, а при падении интеллекта или помрачении сознания больных также сопровождается пропусками букв и слов. Дрожащий почерк наблюдается при старческих психозах, а при достаточно выраженном слабоумии дело доходит до полной невозможности письма. Характерным свойством иногда отличается почерк имбецилов: с трудом выучившись писать, они не переходят на скоропись, а тщательно и терпеливо выводят буквы, каллиграфически их выписывая, как на уроке чистописания. Имбециллы, пользующиеся в случаях правостороннего паралича левой рукой, прибегают иногда к так называемому зеркальному письму, т. е., письму в обратном направлении, удобочитаемому при отражении его в зеркале; этим письмом пишут иногда левши и вообще люди при попытках писать левой рукой, но чаще прибегают к нему умственно отсталые левши[577]). Для изучения правильности движений при письме, нажимов и быстроты почерка Kraepelin[573]) предложил особый аппарат, записывающий в форме кривой движения, применяемые для начертания букв, цифр, и названный им Schriftwage — весы почерка. Хорошие образцы почерка душевно-больных приведены в работах Koster[505]), Rogues de Fursac[506]), Образцова

**) Liebmann u. Edel, 1. c. [502]), S. 54.

[518]); более подробные сведения удобнее сообщить при изложении курса частной патологии душевных болезней.

Наблюдаемые у душевно-больных расстройства чувствительности могут быть периферического, спинномозгового и черепно-мозгового происхождения; они выражаются в виде гиперэстезий, анэестезий и парэстезий, поверхностных и глубоких. Периферические расстройства являются или случайным осложнением болезни, или развиваются, как следствие общей причины, вызвавшей заболевание периферических нервов и одновременно головного мозга, результатом чего явилось душевное расстройство. Самые разнообразные поражения чувствительности периферического происхождения встречаются при полиневритических психозах, обусловленных токсическими причинами, как алкоголь и различного рода инфекции (брюшной тиф, дизентерия, инфлуэнца). Больные испытывают боли, ощущение бегания мурашек, онемения конечностей; характерное ощущение зуда и ползания насекомых под кожей встречается при хроническом отравлении кокаином; естественно, что парэстезии служат богатым источником бредовых идей, а иногда и бредовых поступков больных; так, больные заявляют, что в их конечности вложены раскаленные железные полосы, что их ноги превратились в стеклянные; одна больная заявляла, что она беременна жеребенком; больной послушник, страдавший расстройством мышечного чувства, получил болезненное представление, что он может летать, и выскочил в окно; один кокаинист изрезал себе кожу перочинным ножом, желая извлечь ползавших в ней, по его мнению, паразитов[*]); один из наблюдавшихся мною больных прогрессивным параличом, страдавший в то же бремя болевыми ощущениями в области живота, заявлял, что в его желудке находятся лягушки, и производил звуки, напоминавшие кваканье, с целью извлечь их оттуда; подобных примеров можно привести немало. Спинномозговые нарушения чувствительности обнаруживаются при сочетании спинной сухотки с душевным расстройством, с прогрессивным параличом; они наблюдаются при сочетании сифилиса мозга с одновременным развитием специфического поражения в спинном мозгу. Естественно, что расстройства чувствительности свойственны и органическим поражениям головного мозга и что в своем развитии и течении они подчиняются общим неврологическим законам, а в истолковании больных могут служить источником бредовых идей, напр., больной, страдающий гемиплегией, сопровождающейся анэстезией пораженной половины тела, заявил однажды, что он постоянно носит на себе второго человека. Расстройства чувствительности свойственны не только органическим душевным заболеваниям, они с известным постоянством наблюдаются и при других психозах, не будучи явлением органического происхождения, а обусловливаясь причинами психического порядка. Так, самые разнородные парэстезии, гиперестезии и анэстезии наблюдаются при истерическом и травматическом психоневрозе; они распространяются на все виды кожной и глубокой чувствительности, следуя характерному для истерии «ампутационному» типу, очерчиваясь резкими границами и соответствуя по своему распространению не областям кожной иннервации, а членам тела или их частям. При неврастенических и психастенических состояниях особенно часто встречаются гиперэстезии и парэстезии, понижение чувствительности им не свойственно. Известно, что при сильно выраженных аффектах понижается восприятие болевых ощущений; так, нередко в пылу боя раненые не сразу замечают свое ранение; это обусловливается сильной концентрацией внимания в определенном направлении, для изменения которого полученный болевой раздражитель оказывается недостаточным, обнаруживая свое действие лишь по истечении некоторого времени; бывают случаи, что в аффективном состоянии люди проходят или даже пробегают большие расстояния, не испытывая усталости; тем более бывают выражены расстройства кожномышечных восприятий при патологических аффектах; так, в состоянии аффекта тоски при маниакально-депрессивном психозе и при других душевных заболеваниях больные наносят себе иногда тяжелые увечья, не обнаруживая при этом болевого ощущения. Кожномышечные ощущения представляются пониженными в состояниях ступора, как меланхолического, так и кататонического; такие больные реагируют обычно лишь на сильные раздражения, при чем реакция кататоников нередко носит неожиданно бурный характер; в подобных случаях следует различать затруднительность и даже невозможность для скованного психически больного проявить двигательную реакцию на раздражение даже им воспринимаемое, пока оно не достигло известной предельной величины. Коматозные состояния сопровождаются отсутствием кожной чувствительности; так, во время эпилептической комы не удается вызвать реакции на самые сильные кожные раздражения. Обычное явление представляет понижение кожной и глубокой чувствительности при прогрессивном параличе [576-576a]), независимо от апоплектиформных явлений, развивающихся при этой болезни; это изменение чувствительности бывает выражено неравномерно и нерезко, и в получаемых при исследовании результатах несомненно имеет значение расстройство внимания и слабоумие больных. Малую чувствительность к боли приходится наблюдать у идиотов и умственно отсталых. Как паралитики, так и идиоты часто наносят себе значительные повреждения, расцарапывают кожу, не обнаруживая болевой реакции. Болевая чувствительность понижается при алкогольной интоксикации, преимущественно, острого характера. Конечно, парэстезии, гиперэстезии и анэстезии психического происхождения также являются одним из источников бреда душевно-больных; так, параноики обычно связывают различные испытываемые ими ощущения с влиянием на них преследующих их лиц; влияние это достигается, по их мнению, или посредством специально изобретаемых приборов, или просто подмешиванием яда в пищу; так, один из наших больных связывал

---

[*]) Фотография этого больного, снятая в периоде разгара болезни, была показана мне Н. Н. Топорковым.

испытываемые им ощущения с отравлением его «радиоактивной урановой рудой», которую обширные шайки преследовавших его лиц вывезли из Парижа от M-me Кюри; анэстезии могут служить источником бредовых заявлений об отсутствии членов тела, напр., головы; парэстезии в области половых органов дают основание бредовым заявлениям о покушении на нравственность больных, о бесстыдном манипулировании над их половыми органами, производимом какими-то лицами, а иногда даже служат основанием для определенного обвинения больными врачей в покушении на нравственность.

У возбужденных больных при остро протекающих душевных заболеваниях, как маниакальная фаза маниакально - депрессивного психоза, острое бессмыслие, острый бред, а также при психодвигательном обострении длительных и хронических болезней, как, напр., прогрессивный паралич, больные иногда испытывают чувство жара, что заставляет их сбрасывать одежду, оставаясь голыми; пониженная чувствительность к низкой температуре внешней среды свойственна больным с пониженной болевой и тактильной восприимчивостью, как истеричные, меланхолики, кататоники, прогрессивные паралитики, идиоты, умственно отсталые.

При душевных болезнях наблюдаются также болевые ощущения; эти ощущения не представляются характерными для душевных заболеваний вообще, но при некоторых из них они бывают выражены с значительным постоянством. Так, в продромальном периоде различных психозов встречаются головные боли, то тупые, граничащие с ощущением тяжести в голове, то острые и невыносимые; головные боли наблюдаются при прогрессивном параличе, остром бреде, а особенно при мозговом сифилисе; головные боли свойственны эпилептикам, у которых они нередко протекают в виде тяжелых приступов мигрени; они бывают и у истеричных больных (clavus hystericus). Боли естественным образом развиваются в случаях поражения периферической нервной системы и в случаях сочетания душевного заболевания со спинномозговым, напр., с tabes dorsalis, при чем время от времени больные переживают различные спинносухоточные кризы. Свойственная меланхолическим состояниям предсердечная тоска в числе других ощущений (гл. XXIII) выражается болевыми ощущениями в области сердца и груди; иногда при этом болевые ощущения распространяются и на область живота и даже нижних конечностей (anxietas tibiarum); невралгические ощущения вообще встречаются в меланхолических состояниях нередко; они проявляются также в ступорозных состояниях кататоников[*]); невралгии, соединенные с парэстезиями, нередко наблюдаются при параноидных формах душевных расстройств.

Душевнобольным присущи и болезненные расстройства со стороны органов чувств — зрения, слуха, обоняния, вкуса; они могут проявляться в направлении обострения, усиления и извращения восприятия этих органов. Концентрическое сужение поля зрения, гемианопсия, преходящая дисхроматопсия, амблиопия и амауроз и нек. др. зрительные расстройства свойственны истерии; приблизительно аналогичные явления бывают у эпилептиков перед судорожными приступами и особенно после них; сужение поля зрения наблюдается при хроническом алкоголизме и при белой горячке[584]). Как явление органического происхождения, нарушения зрения наблюдаются при мозговом сифилисе; они отмечены также при прогрессивном параличе: здесь сужение поля зрения встречается с значительным постоянством и имеет характер сегментоподобных выпадений, его границы отличаются зубчатым, неправильным, изломанным видом; эти изменения находятся в связи с атрофическим процессом в зрительных нервах, который бывает выражен с различной степенью интенсивности, начиная от ничтожных, почти неуловимых изменений до совершенно отчетливой и резкой атрофии[578]); весьма вероятно, что при исследовании больных прогрессивным параличом нарушение внимания и отвлекаемость их отражаются на получаемых результатах. Характерные изменения глазного дна наблюдаются при семейной амауротической идиотии (Тау-Sachs): зрительные сосочки бледны, а macula lutea голубовато-белого цвета с красновато-коричневым пятном посредине [582-583]). У душевнобольных наблюдаются также случаи повышенной восприимчивости сетчатки к действию света, чаще это встречается при истерии, психастении, при эпилепсии в связи с приступами болезни; иногда больные, находящиеся в состоянии психодвигательного возбуждения (маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич, острый бред) не переносят света, вследствие чего приходится затемнять помещение, в котором они находятся.

Понижение слуховых восприятий может наблюдаться при истерии и травматическом психоневрозе, при чем понижение слуха достигает в некоторых случаях полной глухоты на оба или на одно ухо; то же явление встречается при фокусных органических поражениях головного мозга, частью слух понижается при прогрессивном параличе и старческих психозах; хронический алкоголизм также может вызвать падение слуха в связи с развивающимся невритическим процессом. У истеричных, психастеников, маниакальных больных, галлюцинантов нередко наблюдается обострение слуховых восприятий; такие больные очень живо реагируют на слуховые раздражения, вызывающие у них чисто болевые ощущения; у истеричных слуховые раздражения могут вызвать судорожный приступ; иногда сами больные заявляют, что впечатления их так обострены, нервы их натянуты, как струны, каждое ощущение болезненно (маниакальное состояние); шум и звон в ушах, пульсация могут сопровождаться возникновением слуховых иллюзий.

Расстройства обоняния и вкуса, в смысле обострения, понижения и извращения соответствующих восприятий, также встречаются при душевных болезнях, особенно при истерических психозах; возникающие в связи с этим расстройством иллюзии и галлюцинаторно-бредовые явления вызывают

---

[*]) Schule, 1. c. [24]), S. 36, 204.

различные заявления и жалобы больных; обоняние и вкус расстраиваются и при органических заболеваниях; так, по наблюдениям некоторых авторов[579]), расстройство обоняния и вкуса — симптом довольно обычный при прогрессивном параличе; особенно часто расстройство обоняния и вкуса наблюдается у эпилептиков; чаще расстраивается вкус, чем обоняние; в большинстве случаев расстройство носит частичный характер, находится в видимой связи с частотой и силой падучных приступов и по своему распространению захватывает около 60% исследованных больных [580-581]). Понижение вкуса и обоняния, а иногда и извращение вкусовых и обонятельных восприятий отмечено у алкоголиков[584]).

Состояние рефлексов при душевных болезнях представляется весьма различным: они могут быть повышенными, пониженными, неравномерными, отсутствующими; это относится ко всем видам рефлекторной возбудимости — к слизистым, кожным, сухожильным, мышечным, смешанным рефлексам и к рефлексам, вызываемым специальными раздражителями, как, напр., свет. Изменение слизистых рефлексов свойственно истерии, а следовательно, и более глубоким душевным расстройствам, связанным с нею; естественно, что эти рефлексы поражаются и в зависимости от нарушения их рефлекторных дуг при других заболеваниях функционального, органического, токсического происхождения; так, они отсутствуют наряду с общей анэстезией при эпилептическом приступе, во время эпилептической комы; они нарушаются в зависимости, напр., от невритического процесса у алкоголиков, захватывающего соответствующие области, в зависимости от органических очаговых поражений с соответствующей локализацией, напр., при распространении гуммозного процесса на ядра тройничного нерва; кожные рефлексы не имеют существенного распознавательного значения при душевных болезнях, они понижаются до исчезновения во время эпилептической комы, при органических гемиплегиях брюшные рефлексы обычно отсутствуют на стороне поражения. Из сухожильных рефлексов наибольшее распознавательное значение принадлежит коленным и ахилловым рефлексам; при этом не столь важное значение имеет повышение этих рефлексов, обычно наблюдаемое при истерии, неврастении, маниакально-депрессивном психозе и других заболеваниях, связанных с повышенной возбудимостью нервной системы, сколько их понижение, неравномерность и отсутствие; сухожильные рефлексы временно исчезают при эпилептической коме, при чем этому исчезновению иногда предшествует повышение их, наблюдаемое непосредственно за судорогами; неравномерное повышение рефлексов и неравномерное состояние их вообще наблюдается при прогрессивном параличе и при других органических поражениях мозга; при сочетании прогрессивного паралича со спинной сухоткой эти рефлексы в большинстве случаев исчезают; понятно, что при органических гемиплегиях у душевно-больных, как и при банальных гемиплегиях, могут наблюдаться клонусы стопы, коленной чашки и рефлекс Babinski'ого; понижение и исчезновение сухожильных рефлексов свойственно также комбинациям душевного расстройства с невритами. Параллельно повышению общей рефлекторной возбудимости содержится и мышечная возбудимость, выражающаяся в развитии пучковатых сокращений при механическом раздражении мышцы; у кататоников, находящихся в каталептоидном состоянии, ударом молоточка по точкам лицевого нерва нередко удается вызвать сокращение мимических мышц лица, подобно признаку Chvostek'a при тетании; это же явление в резко выраженной форме однажды мне пришлось наблюдать при множественном поражении нервов сифилитическим ядом.

Исследователями было обращено внимание на распознавательное значение при душевных болезнях мышечного валика, являющегося выражением идиомышечной возбудимости; проще всего и лучше всего мышечный валик получается при поколачивании перкуссионным молоточком по области большой грудной мышцы или по двуглавой мышце плеча; также он хорошо получается при выскальзывании двуглавой мышцы из сжимающих ее пальцев исследователя при согнутом приблизительно под прямым углом положении предплечия; в периоде возмужалости, от 13—16 лет, мышечный валик представляет нормальное явление; по исследованиям Бернштейна мышечный валик является одним из характерных признаков для эпилепсии и эпилептических психозов, для прогрессивного паралича, раннего слабоумия и алкогольных психозов; наличность его даже может служить одним из опорных пунктов для дифференциального распознавания между указанными заболеваниями и другими — между эпилепсией и истерией, между прогрессивным параличом и неврастенией и старческим слабоумием, между ранним слабоумием и острым бессмыслием, между параноидной формой раннего слабоумия и паранойей[585]); однако, этот вопрос не разрешается так просто и несомненно, так как дальнейшие исследования[586]) показали, что мышечный валик в резко выраженной форме наблюдается в 73,8 % при самых разнообразных заболеваниях, при чем степень его выраженности находится, по-видимому, в обратном отношении к состоянию питания больного; мышечный валик является реакцией на состояние истощения и интоксикации мышечной ткани; сколько-нибудь прочным опорным признаком для дифференциального распознавания пока он быть не может, и к этому его значению необходимо относиться с большой осторожностью.

Изменения электрической возбудимости нервов и мышц при душевных болезнях вообще имеют малое значение, за исключением тех случаев, когда они вызываются специальными поражениями центральной и периферической нервной системы, характеризующими область нервных болезней, как церебральные фокусные поражения, спинномозговые и периферические; из более характерных наблюдений над общим изменением электрической возбудимости нервов и мышц при душевных болезнях можно упомянуть отмеченное Lenzi[587]) понижение фарадической и гальванической нервно-мышечной возбудимости при прогрессивном параличе, не отличающееся, однако, строгим постоянством.

Важное значение для распознавания имеет состояние зрачковой иннервации и зрачковой реакции. У здоровых людей зрачки в громадном большинстве случаев равномерны, им свойственна ширина, колеблющаяся под влиянием различных внешних и внутренних раздражений; они шире у детей и живее реагируют в детском и юношеском возрасте, нежели у взрослых и пожилых людей; к старости зрачки становятся уже, и реакция их постепенно утрачивает свою живость. Различают зрачковую реакцию на свет, аккомодацию и конвергенцию, на чувствительные, кожные, преимущественно, болевые раздражения, на раздражения психические; патологическая реакция может быть ослабленной, вялой, может отсутствовать, может быть усиленной или ускоренной; наблюдается парадоксальная реакция, когда вместо сужения зрачка наступает его расширение; зрачки могут быть стойко суженными (myosis), иногда до крайней степени расширенными (mydriasis), равномерными или неравномерными; в некоторых случаях наблюдается изменение формы зрачка, который вместо круглого становится удлиненным в одном из диаметров, эллиптическим или овальным, приобретает угловатые очертания, а иногда утрачивает свое центральное положение в радужной оболочке. Величина зрачков обусловливается иннервационным взаимоотношением нервов, суживающих (n. oculomotorius) и расширяющих (n. sympathicus) радужную оболочку. Изменение зрачковых рефлексов особенно важно для распознавания органических душевных заболеваний, и было время, когда состоянию зрачковых рефлексов придавалось патогномоническое значение; было время, когда, напр., с изменением реакции правого зрачка связывался меланхолический характер бреда, а с изменением левого — маниакальное возбуждение и бред величия (Austin)[589]) особое внимание состоянию зрачков начали уделять со времени открытия в 1869 году Argyll Robertson'ом его знаменитого симптома рефлекторной неподвижности зрачков на световые раздражители.

Неравномерность зрачков, сужение и расширение их, обоих или одного в неравной степени, вялость и отсутствие зрачковой, реакции, а также изменение формы зрачков чаще всего и обычно встречается при прогрессивном параличе, представляя характерное явление для этой формы болезни; изредка наблюдается здесь и парадоксальная реакция; по наблюдениям, произведенным над многими тысячами больных, неравномерность зрачков обнаруживается у 56 %, а вялость и отсутствие зрачковой реакции у 68 % больных прогрессивным параличом[589]); парадоксальная реакция принадлежит к числу редких, единичных явлений. Те же явления, но гораздо реже наблюдаются при других органических душевных расстройствах, как сифилитическое и артериосклеротическое поражение головного мозга, старческое слабоумие. Однако, неравномерность зрачков и вялость их реакции даже до ее отсутствия составляет не исключительную принадлежность органических психозов; в редких случаях неравномерные зрачки бывают даже у людей душевно-здоровых, в качестве прирожденного явления, в качестве такового же наблюдается и окоченелое состояние зрачков в зависимости, по-видимому, от заболеваний и аномалий развития, связанных с периодом внутриутробной жизни[590]). Дальнейшие исследования показали, что различные изменения зрачковых рефлексов до отсутствия зрачковой реакции включительно, встречаются также у идиотов и умственно отсталых, что вполне естественно, если принять во внимание, что недоразвитие нервной системы может последовать, как результат органических влияний в периоде внутриутробной жизни или в раннем возрасте (сифилис, инфекционные болезни, вызвавшие осложнения со стороны мозга и нервной системы вообще); в этих случаях наблюдается иногда и неравномерная величина зрачков. Неравномерность зрачков и вялость реакции при более точном и распространенном исследовании начали обнаруживать и при других душевных болезнях, не имеющих не только очаговых, фокусных поражений, но и разлитой органической основы; так, они были отмечены при остром и хроническом алкоголизме, при эпилепсии, остром бессмыслии, особенно при раннем слабоумии и кататонии и даже при истерии. Установлено, что падучный приступ характеризуется резким расширением зрачков и отсутствием их реакции на свет и другие раздражители; этот признак считается почти патогноманическим для дифференциального распознавания эпилепсии от истерии; однако, и к нему необходимо относиться с осторожностью, так как, правда, редко, но все-таки наблюдаются случаи, когда отсутствие зрачковой реакции обнаруживается во время судорожного приступа истерии[591]); при этом зрачки могут быть расширенными, но могут быть и узкими, чего не наблюдается при эпилепсии и что Bumke [592]) об'ясняет, как вторичное явление, сопровождающее спазм внутренних глазных мышц, всегда при этом бывающий. За исключением органических поражений головного мозга, изменения величины зрачков и их световой реакции чаще всего встречаются при раннем слабоумии и кататонии; здесь приходится наблюдать неравномерность зрачков, их сужение, расширение с отсутствием световой реакции и изредка парадоксальную реакцию; изменение величины зрачков и их рефлекторной возбудимости обнаруживается приблизительно у 30 % больных[593]); расширение зрачков, соединенное с их рефлекторной неподвижностью, свойственно, главным образом, состояниям кататонического ступора [594-595]), при котором удавалось отметить даже изменение конфигурации зрачка[596]).

Величина зрачков у здоровых и у больных, у которых их рефлекторная реакция не изменена, колеблется под влиянием света, аккомодации, конвергенции и психических раздражителей эмоционального свойства; сужение зрачков под влиянием света не сразу устанавливается в определенных размерах, а обыкновенно замечается ряд ритмических колебаний, особенно выступающих при широких зрачках; такая зрачковая реакция, которую я предлагаю называть пружинной реакцией, наблюдается с большей или меньшей отчетливостью при различных заболеваниях, бывает выражена с постоянством при травматическом психоневрозе; при узких зрачках и при вялой зрачковой реакции она исчезает.

Кроме разобранных изменений зрачковой реакции, существуют еще некоторые зрачковые симптомы и реакции, наблюдаемые у душевно-больных и отчасти вызываемые посредством особых приемов; сюда относится реакция при замыкании глазных щелей (Lidschlussreaktion), психическая и нейротоническая реакция. Реакция при замыкании глазных щелей, описанная Westphal'ем и Pilcz'ем, наблюдается при прогрессивном параличе; реакция заключается в искусственном изменении величины зрачков, достигаемом следующим образом: больной сильно зажмуривает веки и держит их некоторое время в таком состоянии; когда он открывает глаза, то зрачки оказываются более узкими, при чем более широкий зрачок может оказаться уже, чем другой, бывший до того более узким; реакция удается и при световой неподвижности зрачков; там, где световая реакция не утрачена, изменение взаимоотношения величины зрачков может достигаться сильным освещением более широкого зрачка [597-598]).

Психическая реакция зрачков — реакция эмоциональная; она заключается в расширении зрачков под влиянием привлекающих внимание и интересующих вопросов и представлений, под влиянием переживаемых аффектов; она бывает живо выражена у детей, у молодых людей, неврастеников, истеричных, галлюцинантов; у здоровых людей приблизительно к 45 годам она ослабевает. Bumke [599-600]) отметил понижение психической реакции вплоть до ее исчезновения у больных ранним слабоумием и вообще у слабоумных больных, как прогрессивные паралитики, идиоты, умственно отсталые, больные старческим слабоумием; при органических заболеваниях исследование психической реакции имеет смысл лишь для тех случаев, в которых зрачковая реакция вообще еще сохранилась; наблюдение Bumke было подтверждено и другими авторами [601-602]) [605]).

Нормально реагирующий зрачек, сузившийся под влиянием того или другого раздражителя, тотчас же возвращается к своей величине; наблюдаются, однако, случаи, в которых эта обычная реакция оказывается нарушенной, и сократившийся под влиянием света, аккомодации или конвергенции зрачек сохраняет свою новую величину не только на несколько минут, но и на более продолжительное время; такую реакцию, наблюдаемую, преимущественно, при прогрессивном параличе и при других органических поражениях мозга (lues cerebri) Pilcz[603]) предложил называть нейротонической или тонической зрачковой реакцией; позднее эта реакция была отмечена и при других душевных расстройствах [604]).

В случаях повышения общей рефлекторной возбудимости, напр., при неврастении, при маниакально-депрессивном психозе, может наблюдаться усиление или ускорение зрачковых рефлексов; особого внимания заслуживает бурная, «стреляющая» световая реакция[*]), которая иногда встречается при раннем слабоумии и кататонии; обыкновенно эта реакция сопровождается усилением реакции на конвергенцию; наличность «стреляющей» реакции, по мнению Hubner'a[**]), говорит в пользу, распознавания слабоумия и против органического поражения мозга.

Происхождение изменения зрачковых реакций, наблюдаемых при различных душевных заболеваниях, различно; понятно, что причины окоченелости и вялости зрачковых рефлексов при прогрессивном параличе и изменения зрачковой реакции при истерии или эпилепсии далеко не тождественны. Эпилептическое расширение зрачков и их неподвижность об'ясняется общим судорожным состоянием, охватывающим область не только поперечной, но и гладкой мускулатуры [606-607]), характеризующим падучный приступ, в развитии и наступлении которого главное значение имеет изменение кровообращения; изменение кровенаполнения черепно-мозговых сосудов играет в развитии этого симптома крупную роль; это вытекает из того обстоятельства, что расширение и неподвижность зрачков наблюдаются и в течение припадков petit mal, протекающих бессудорожно; отсутствие световой реакции суженных зрачков, наблюдаемое нередко во время истерических припадков, связывается с состоянием конвергенции, одновременно наступающим у этих больных; неподвижность зрачков в кататоническом ступоре также, по-видимому, следует связать с изменением внутричерепного и внутриглазного кровообращения, что находит подтверждение в общем изменении сосудистых реакций у кататоников. Blin[593]), посвятивший специальное исследование состоянию глаз при раннем слабоумии, полагает, что изменение зрачковой реакции при этой болезни обусловливается внутренними токсическими причинами, в связи с которыми наблюдается и нарушение внутриглазного кровообращения, столь частое при раннем слабоумии (до 62 % наблюдавшихся автором случаев). Иначе об'ясняются зрачковые явления при прогрессивном параличе, представляющем разлитое органическое поражение головного мозга; здесь вялость и отсутствие световой реакции обусловливается нарушением передачи светового рефлекса на суживающие зрачек ветви глазодвигательного нерва, вследствие перерыва рефлекторной дуги в четверохолмии; но зрачковые явления при прогрессивном параличе полиморфны: они об'ясняются не только указанной причиной, но могут находиться в зависимости от воспалительного процесса в оболочках головного мозга и от частичного атрофического процесса в зрительных нервах; не остаются без влияния и изменения кровообращения внутри глаза; величина и форма зрачка обусловливается иннервационным взаимоотношением волокон глазодвигательного и симпатического нервов; при развитии частичных парезов и параличей радужной оболочки получается изменение конфигурации зрачка и его эксцентрическое положение. В случаях сочетания спинной сухотки с прогрессивным параличом, обыкновенно осложняющим спинносухоточное поражение не одновременно с его началом, а значительно позднее, изменения зрачковой реакции зависит от поражения centrum cilio-spinale Budge; влияние поражения

---

[*]) Knapp, 1 c. [555]), S. 715.
[**]) Hubner, 1. c. [601]), S. 1044

этого центра может сказываться и в случаях типического прогрессивного паралича, так как изменения в спинном мозгу обнаруживаются и при нем[618]).

Отсутствие психической, эмоциональной зрачковой реакции обусловливается понижением психических процессов, вследствие чего она и наблюдается в тех случаях, в которых имеются налицо признаки слабоумия.

При прогрессивном параличе часто развиваются изменения глазного дна, выражающиеся офталмоскопически более или менее резкой атрофией зрительных нервов, общим или сегментарным побледнением сосков; микроскопическое исследование обнаруживает явления папиллита и нейроретинита; конечно, и это поражение отражается на величине и реакции зрачков[640]).

XXXI.

Расстройство секреторных функций — слезоотделения, потоотделения, слюноотделения, отделения желудочного сока. Вазомоторные расстройства — активная и пассивная гиперемия, синюха, головокружения, обмороки; дермографизм; кожные кровоизлияния; эритема; предсердечная тоска. Трофические расстройства: общий упадок питания; падение веса больных; прогностическое значение прибыли веса; поседение волос и облысение, изменение их цвета; сыпи, кожные поражения; слизистый отек; прободающая язва; пролежень; кровяная опухоль, отэматома; серозная опухоль уха; изменения ногтей; выпадение зубов; поражение костной ткани, суставов; трофическая язва и разрыв мочевого пузыря. Кровавый пот. Расстройство менструаций при душевных болезнях и значение их восстановления для предсказания.

При душевных болезнях наблюдается нарушение секреторных или отделительных функций, выраженное при некоторых из них в различной степени и в различных направлениях и иногда представляющееся довольно характерным.

Так, встречаем патологическое нарушение слезоотделения. Обильные слезы, сопровождающие легко развивающийся плач, плаксивость, наблюдаются в состояниях раздражительной слабости при прогрессивном параличе, старческих психозах, при алкогольных психозах, при истерии, психастении; наоборот, в состояниях выраженной депрессии с тяжелым аффектом тоски слезоотделение обычно бывает задержанным; слез нет у таких больных, они не плачут, несмотря на свои тяжелые переживания, и эта невозможность отреагировать свою патологическую тоску слезами бывает чрезвычайно тягостной и нередко служит предметом жалоб больных; им хочется выплакаться, но это не удается; глаза меланхоликов остаются сухими; это характерное явление задержки слезоотделения при аффекте тоски отмечено еще старыми психиатрами (Morel); оно наблюдается, как сравнительно кратковременный эпизод, и при физиологическом аффекте тоски. В резко выраженных случаях меланхолических состояний слезоотделение задерживается настолько резко, что поверхность глаз почти не омывается слезами; глаза становятся тусклыми, развивается гиперемия соединительных оболочек, вследствие раздражения их воздухом и пылью; появление слез в таких случаях облегчает больных и может указывать на уменьшение тоскливого аффекта. Некоторые психиатры [609]) считают описанное явление настолько типичным для аффекта тоски первичного происхождения (маниакально-депрессивный психоз), что относят обильное слезоотделение при таких состояниях к признакам, заставляющим подозревать у больного наличность понижения интеллекта; конечно, к этому указанию в качестве дифференциально-диагностического признака необходимо относиться с большой осторожностью, так как тяжелые аффекты тоски бывают не только при маниакально-депрессивном психозе, но и при других душевных болезнях, и также могут сопровождаться задержкой слезоотделения, напр., при прогрессивном параличе, заболевании, связанном с наростанием слабоумия, но в начальных периодах болезни. Задержка слезоотделения свойственна также аффектам страха и ужаса.

Другое болезненное нарушение отделительных функций заключается в расстройстве деятельности потовых и сальных желез, т. е., в расстройстве потоотделения; нормальная кожная поверхность отличается известной ограниченной степенью влажности; при некоторых душевных болезнях привлекает внимание изменение влажности кожи, как в смысле ее уменьшения — anhydrosis, так и в смысле усиленного отделения пота — hyperhydrosis. Уменьшение потоотделения выражается сухостью кожной поверхности, что особенно встречается у меланхоликов, слабоумных, при кретинизме, а также иногда в ступорозных состояниях. Усиленное потоотделение свойственно истерии, неврастении и психастении, оно проявляется в резкой форме при базедовой болезни и связанных с нею психозах, при острых алкогольных психозах, оно часто наблюдается при раннем слабоумии и кататонии. Гипергидроз бывает общим и частичным; чаще всего потеют руки, подмышечные впадины, лоб; в некоторых случаях выступание капель пота на ладонях заметно простым глазом, а пот из подмышечных впадин льется обильными каплями; легко потеют ноги, особенно подошвы; такая чрезмерная потливость смущает больных, сознательно относящихся к своему здоровью, и служит предметом их жалоб; при кататонии нередко приходится наблюдать усиленную потливость, но временами при этой болезни развиваются проливные поты[*]), наступающие неожиданно и обыкновенно продолжающиеся короткое время; у кататоников отмечается также усиленная секреция сальных желез; [610]); усиленное потоотделение характеризует также состояния маниакального возбуждения. Обращают внимание

---

[*]) Knapp, 1. c. [555]). S. 764. Осипов, 1. c. [501]), стр. 215.

на едкий, противный, тошнотворный запах пота некоторых душевно-больных; Seglas**) высказывает предположение, что этот запах находится в соотношении с расстройством пищеварительных процессов и недостаточностью гигиенического ухода, а не об'ясняется изменением свойств пота; хотя и есть указания на усиление кислотности пота у таких больных, но вообще результаты исследования пота у душевно-больных очень противоречивы. Неприятный запах при усиленном потоотделении об'ясняется также разложением обильного отделяемого сальных желез, напр., у кататоников.

В некоторых случаях душевных заболеваний наблюдается нарушение слюноотделения; в общем оно не представляется постоянным и характерным явлением, но нередко привлекает внимание, повторяясь с известным постоянством у ряда однородных больных. Слюноотделение может быть уменьшенным или увеличенным; последнее явление носит название птиализма (ptyalismus) или саливации; уже давно оно было отмечено психиатрами [612-615]), обратившими внимание и на различное качество выделяемой слюны, то жидкой, то густой, вязкой, тягучей.

Слюна околоушных, подчелюстных и под'язычных желез отличается, как по своему составу, так и по консистенции; околоушная слюна жидкая, а подчелюстная и под'язычная — густая и тягучая, вследствие содержания муцина; раздражение церебральных нервов, иннервирующих слюнные железы (chorda tympani a n. VII и n. glossopharyngeus) обусловливает отделение, жидкой слюны, а раздражение симпатического нерва — густой. [611]).

Слюноотделение может быть задержанным в состояниях психического угнетения, особенно в меланхолической фазе маниакально-депрессивного психоза; это явление отмечено многими наблюдателями*); то же замечается при возбуждении истеричных больных; у меланхоликов сухость полости рта достигает такой степени, что у них развиваются трещины не только на губах, но и на языке, который покрывается в некоторых случаях фулигинозным налетом. Увеличенное отделение слюны отмечается в состояниях маниакального возбуждения, у истеричных, в состояниях кататонического ступора, у слабоумных, у идиотов и умственно отсталых, при паралитическом слабоумии, у галлюцинантов, у эпилептиков во время судорожных приступов болезни; отделяемая этими больными слюна различна в качественном отношении: слюна, в обильном количестве нередко отплевываемая маниакальными больными, — жидкая, пенистая слюна; такова же слюна истеричных, слабоумных, галлюцинантов, эпилептиков; это слюна смешанного происхождения; слюна ступорозных кататоников, как было указано еще Wernicke густая, вязкая слюна; она тянется изо рта больного длинными, толстыми нитями, смачивает платье, образует на полу возле больного целые лужи; это симпатическая слюна, преимущественно, из подчелюстных и под'язычных желез.

Вопрос о нарушении слюноотделения у душевно-больных мало разработан, но несомненно, что причины птиализма различны: он может быть невропаралитическим, рефлекторным и психорефлекторным, может обусловливаться гиперфункцией желез, вызванной различными факторами; так, у маниаков и эпилептиков птиализм зависит от гиперфункции слюнных желез, вызванной усиленным приливом крови; у слабоумных, идиотов и кататоников птиализм, по-видимому, вызывается невропаралитическими причинами; Ziehen указывает на наблюдаемые у слабоумных жевательные движения, как на причину усиленного отделения слюны; при вкусовых галлюцинациях слюноотделение является актом психорефлекторным; рефлекторное слюноотделение связывается с катаральными процессами желудочно-кишечного тракта, нередко наблюдающимися у душевно-больных, и с процессами в области органов малого таза у женщин.

Следует различать истинный и ложный птиализм или саливацию и псейдосаливацию**): саливация выражается в действительном увеличении слюноотделения, а псейдосаливация явление кажущееся, выражающееся в накоплении слюны во рту, вследствие того, что больной ее не проглатывает, или в вытекании ее изо рта вследствие той же причины; так, накапливание слюны во рту может вызываться бредовыми мотивами; вытекание ее изо рта может зависеть от недостаточного нервного тонуса челюстных и ротовых мышц, что бывает у идиотов и слабоумных; в этих случаях рот бывает полуоткрытым, и непроглатываемая слюна вытекает из него по мере накопления. Obernier [613]) описывает случай истинной саливации у больного галлюцинанта, тщательно им прослеженного в течение продолжительного времени, у которого суточное выделение собиравшейся автором слюны достигало 3 ф. 10,8 лота.

Отделение и состав желудочного сока при душевных заболеваниях также представляет некоторые уклонения от нормы; однако, эти уклонения довольно непостоянны и в значительной степени колеблются; вследствие этого результаты исследования различных авторов довольно противоречивы и почти лишены распознавательного значения. Отмечено изменение кислотности, содержания пепсина и сычужного фермента; исследования, произведенные на довольно большом числе больных, показывают, что в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза кислотность желудочного сока понижается (hypochlorhydria), равно как падает и его переваривающая способность; то же наблюдается и при состояниях слабоумия*); состояния возбуждения у гебефреников, напротив, сопровождаются повышением кислотности (hyperchlorhydria) и содержания пепсина в желудочном соке; исследование желудочного сока в меланхолической фазе маниакально-депрессивного психоза и при аментивном состоянии дает

**) Seglas, 1. с [381]), p. 116.

*) Осипов, 1. с. [501]), стр. 351.

**) Krafft-Ebing, 1. с. [4]), стр. 174. Knapp, 1. с. [555]), S. 765.

*) Ziehen, 1. с. [609]), стр. 200.

противоречивые результаты; у кататоников кислотность большей частью понижена, а пепсин иногда даже отсутствует; при кататоническом ступоре кислотность настолько падает, что молоко не свертывается под влиянием желудочного сока; это явление по исследованиям Maeyr'a [616]) представляется характерным для кататонии; при кататонической спутанности кислотность желудочного сока, напротив, повышается; обычно наблюдается повышение кислотности при психических заболеваниях, особенно, сопровождающихся усилением вазомоторных явлений и повышенным потоотделением; в то же время содержание пепсина, равно как и содержание сычужного фермента, падает до их отсутствия. Повидимому, отказ от пищи не находится в соотношении с химизмом желудочного сока. После судорожных приступов падучей отмечалось повышение кислотности желудочного сока до 7% вместо 1,5—2,5%, наблюдаемых при норме.

Относительно отделения кишечного сока при душевных заболеваниях никаких определенных данных не имеется; принимая во внимание наблюдаемые у душевно-больных расстройства пищеварения, можно думать, что болезненные нарушения распространяются и на отделительную деятельность кишечника, но в чем они выражаются, неизвестно.

Болезненные нарушения функций желез внутренней секреции, замкнутых желез, наблюдаемые при душевных болезнях, имеют в картине душевных заболеваний иное значение, чем нарушение функции желез с выводными протоками; отделяя свое содержимое в кровь и влияя через нее непосредственно на нервную систему, они могут оказывать влияние на ее функции и на функции и развитие других органов тела; поэтому патологические нарушения деятельности желез внутренней секреции я считаю более правильным и целесообразным рассматривать в отделе этиологии душевных болезней.

У душевно-больных часто наблюдаются различные вазомоторные расстройства. Сюда относятся суб'ективные ощущения жара в голове, членах, кожной поверхности; гиперемии, анемии и связанные с ними головокружения и обмороки, изменение периферических сосудистых реакций, выражающееся в форме дермографизма; кровоподтеки и поверхностные кровоизлияния, наконец, уже упоминавшееся выше явление предсердечной тоски (anxietas praecordialis). Большинство этих явлений не представляются характерными для определенных душевных заболеваний, а встречаются при многих из них, чаще при одних, чем при других; это становится вполне понятным, если мы вспомним, что вазомоторная система, обладая значительной автономностью, в то же время связана функционально не только со спинным мозгом и мозговым стволом, но и с областью подкорковых узлов и мозговой коры[617]); естественно поэтому, что душевные болезни, являясь результатом патологического нарушения деятельности мозговой коры, протекают с большим или меньшим нарушением вазомоторных функций; кроме того, некоторые из них, обусловливаясь поражением функций желез внутренней секреции и связанной с этим интоксикацией организма, а также обусловливаясь другими токсическими факторами эндогенного и экзогенного происхождения, не могут протекать без вазомоторных явлений, так как эти факторы оказывают влияние и на сосудистую систему.

Ощущение жара в голове, в теле, в кожных покровах зависит от активной гиперемии этих областей и наблюдается при состояниях маниакального и вообще психодвигательного возбуждения при различных заболеваниях — при маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, остром бреде, белой горячке, истерии, при патологических аффектах возбуждающего свойства; больные, особенно в помраченном сознании, сбрасывают при этом с себя платье, оставаясь голыми; при перечисленных заболеваниях наблюдаются также явления приливов крови к черепно-мозговым областям, сопровождающихся значительной гиперемией кожи лица и головы и покраснением ее; сильная гиперемия наблюдается при падучных приступах. Явления пассивной гиперемии обыкновенно носят местный характер и чаще всего обнаруживаются в дистальных отделах конечностей, чаще верхних; конечности представляются холодными, красными, багровыми и даже резко синюшными, иногда ясно опухшими; это наблюдается при меланхолическом состоянии, особенно же при кататоническом ступоре, при чем в некоторых случаях явление носит местный характер, напр., развивается с одной стороны, в одной конечности. Бывает синюха и даже отеки механического происхождения, зависящие от непрерывного вертикального и в то же время неподвижного положения больного, что также наблюдается при кататоническом ступоре с негативизмом; застойные и синюшные явления встречаются нередко при прогрессивном параличе, при чем наблюдается и синюха лица, бывающая, впрочем, редко.[625]) Головокружения свойственны начальным периодам остро развивающихся психозов, эпилептическим психозам, душевным заболеваниям органического происхождения, как прогрессивный паралич, артериосклеротические, предстарческие и старческие психозы. Обмороки не представляют явления особенно характерного для душевных болезней, встречаясь в тех случаях, где развивается слабость сердечной деятельности или вазомоторная анемия мозга или анемия в связи со склерозом сосудов мозга; отмечают нередко появление обморочных состояний у кататоников и даже развитие у них коллапса. Дермографизм [618-620]), нередко наблюдаемый у душевно-больных, не имеет сколько-нибудь существенного диагностического значения, указывая на повышенную вазомоторную возбудимость; редко он проявляется в форме белого, отрицательного, спастического дермографизма, часто в форме красного и сравнительно редко в форме выступающего вздутия на месте раздражения; чаще всего дермографизм обнаруживается при неврастении и психастении, обычно он сопровождает состояние кататонического ступора, травматические психоневрозы; в старческом возрасте и при старческих психозах дермографизм встречается значительно реже[623]). Наблюдаются случаи, когда мелкие кожные сосуды становятся настолько чувствительными к

травме, что сравнительно ничтожное давление и сжатие их, напр., при надавливании пальцами на кожную поверхность или даже в зависимости от постукивания молоточком при исследовании мышечных рефлексов, оказывается достаточным, чтобы вызвать поверхностное кровоизлияние на месте приложения травмы. К вазомоторным явлениям принадлежат также наблюдаемые у душевно-больных местные и общие эритематозные высыпи скоропреходящего свойства*).

К числу вазомоторных симптомов относится уже описанное нами явление предсердечной тоски (anxietas praecordialis), наблюдаемое при различного рода меланхолических состояниях и выражающееся в тяжелых ощущениях в области сердца; эти ощущения сопровождаются изменением дыхания, которое становится поверхностным и учащенным, иногда усиливаются инспираторные движения; помимо учащения сердечной деятельности, в некоторых случаях нарушается ее правильность до выпадения отдельных сердечных сокращений и пульсовых волн; предсердечная тоска может сопровождаться болевыми или кардиалгическими явлениями в области сердца. Явление предсердечной тоски уже давно отмечено в психиатрии, и на происхождение его давно обращено внимание [621-622]); обыкновенно его сравнивают с симптомокомплексом anginae pectoris, имеющим в своей основе изменение сердечной мышцы и склероз венечных сосудов, обусловливающий нарушение питания сердца; ощущение предсердечной тоски развивается вне склеротического процесса в сосудах сердца, но также связывается с расстройством питания сердечной мышцы, зависящим от функционального спазма венечных артерий; спазм обусловливается патологическим усилением тонуса вазоконстрикторов (n. sympathicus); справедливость этого об'яснения подтверждается благотворным действием на предсердечную тоску опийных препаратов.

Трофические расстройства, наблюдаемые у душевно-больных, обширны и разнообразны; они встречаются при большинстве душевных болезней, как функционального, так и особенно органического происхождения. Одно из самых важных расстройств, свойственных почти всем душевным заболеваниям и чрезвычайно резко проявляющееся в остро развивающихся и остро протекающих случаях, заключается в нарушении общего питания тела, выражающемся исхуданием и истощением больных, о степени и развитии которого судят по результатам периодического взвешивания больных и по кривой их веса. Падение веса характеризует все остро протекающие психозы и периоды обострения при затяжных и хронических случаях. Упадок питания зависит от самого болезненного процесса, как такового, отражающегося на правильности процессов пищеварения и усвоения питательных веществ; большое значение имеет при этом изменение состава и количества отделяемого слюнных желез и желудочно-кишечного тракта, отражающегося на пищеварении и усвоении пищи; у больных, находящихся в состоянии психодвигательного возбуждения, кроме усиленной траты энергии, неблагоприятно влияет на состояние питания торопливое поедание пищи, проглатывание ее большими кусками, без достаточного разжевывания; поэтому не рекомендуется давать таким больным сухой и твердой пищи; наиболее крупные потери веса дают больные в меланхолической фазе маниакально-депрессивного психоза, переживающие аффект тяжелой тоски с отказом от пищи, больные в состоянии кататонического ступора, в периоде истощения при прогрессивном параличе; отказывающихся от пищи больных питают искусственно, вводя им жидкую пищу посредством зонда и через клизмы, но такое питание, поддерживая жизнь больных иногда очень продолжительное время, все таки не заменяет естественных приемов пищи, так как не все пищеварительные железы принимают участие в процессе пищеварения (слюна), состав отделяемого желудочно-кишечных путей и другие их функции представляются нарушенными, равно как и обмен веществ в организме при этом глубоко расстраивается. Наблюдаются случаи падения веса, явно опасного для жизни больных и даже случаи смерти от истощения. Так, напр., в одном случае маниакально-депрессивного психоза с тяжелым аффектом тоски и устрашающими галлюцинациями мне пришлось наблюдать падение веса больного при кормлении его через зонд в течение нескольких месяцев с 200 ф. до 88; затем с наступлением улучшения в состоянии больного вес начал прибывать и в течение нескольких месяцев достиг 135 ф., продолжая увеличиваться по мере улучшения в дальнейшем течении болезни; в другом случае раннего слабоумия у молодой женщины, сопровождавшемся резко выраженным негативизмом и упорным отказом от пищи, вес больной упал до 55 ф., и хотя в течение следующей недели удалось поднять его на 3 ф., однако, больная погибла при явлениях крайнего истощения. Падение веса больных при острых психозах ежедневно на 1 ф. и более не представляет редкости; описаны случаи падения веса от 5-8 ф. в день, а прибывания веса при выздоровлении больных до 1 1/2 ф. в день[718]); быстрое и сильное падение веса наблюдается при особенно остро протекающих формах душевных болезней, при органических поражениях головного мозга. Вес больных имеет существенное значение для предсказания: наростание веса больных, сменяющее его падение, при острых излечимых психозах, если оно сопровождается явлениями улучшения психического состояния, указывает на благоприятный поворот в течении болезни, на начинающееся выздоровление; прибыль веса без явлений улучшения психического состояния больного, напротив, даже при наличности ухудшения, обыкновенно является признаком стойкого, неизлечимого болезненного состояния с характером слабоумия. У слабоумных, особенно у умственно отсталых и идиотов, болезненное расстройство общего питания иногда выражается в чрезмерном отложении жира, в патологическом ожирении, достигающем в некоторых случаях весьма значительных размеров.

Большой ряд трофических расстройств выражается в различных поражениях кожи и кожных придатков. Так, у душевно-больных наблюдается преждевременное поседение волос, преждевременное общее или частичное облысение (alopecia); описаны случаи, когда у больных менялся оттенок цвета волос в зависимости от того, находились ли больные в депрессии или в состоянии маниакального возбуждения; общее или частичное поседение волос и облысение чаще встречается при заболеваниях, сопровождающихся головными болями, гиперэстезиями волосистой части головы, невралгиями[624]); с улучшением болезни цвет волос может восстановиться, равно как может исчезнуть облысение. Волосы кретинов (cretiuismus myxoedematosus) редки, жестки, тусклого оттенка, лишены блеска, свойственного нормальным волосам.

---

*) Knapp, 1. c. [555]), S. 780.

Из кожных расстройств, наблюдаемых у душевно-больных, следует отметить эритоматозные и экзематозные сыпи, purpura, pemphigus, psoriasis, herpes zoster; одновременно с упадком общего питания легко появляется фурункулез; встречается исчезновение кожного пигмента в виде более или менее обширных пятен (vitiligo); описаны случаи появления темной, почти черной, местной окраски кожи, напр., в окружности глаз, в носогубных складках и на щеках (nigrities) при прогрессивном параличе[627]); при этой болезни вообще встречается наибольшее количество трофических расстройств, кроме того, они легче возникают в состояниях психической подавленности и задержки у кататоников[628]). При прогрессивном параличе изредка наблюдается появление на кожной поверхности пузырей, напоминающих пузыри от ожога, наполненных желтоватой серозной жидкостью; пузыри бывают различной величины; развиваются остро; через некоторое время количество жидкости уменьшается, эпидермис подсыхает и отслаивается; при этом могут быть колебания температуры и иногда развивается быстрое истощение больных и exitus[628]); бывают также пузыри с кровянистым содержимым. У душевнобольных могут наблюдаться невропаралитические отеки; слизистые отеки свойственны миксэдематозному кретинизму (для слизистого отека характерно отсутствие ямки после давления на кожу). Наблюдается, правда редко, прободающая язва стопы (mal perforant du pied), главным образом при сочетании спинной сухотки с прогрессивным параличом; в случаях тяжелой депрессии приходилось наблюдать развитие симметричной гангрены[*]), особенно легко поражающей концы пальцев рук.

Одно из тяжелых трофических расстройств, с развитием которого приходится постоянно и упорно бороться, это пролежни (decubitus); обычно они развиваются при органических психозах, чаще всего при прогрессивном параличе, нередко при остром бреде, при полиневритическом психозе; наблюдается появление пролежней в состояниях кататонического ступора, в меланхолической фазе маниакально-депрессивного психоза. Несмотря на то, что пролежень является результатом расстройства трофических нервных влияний, он развивается обычно на местах, сильнее других подвергающихся механическим раздражениям; понятно поэтому, что излюбленными местами пролежней представляются области крестца и больших вертлугов; упадок питания и болезненное нарушение трофических влияний — условия необходимые для развития пролежня; что пролежень есть следствие трофического расстройства, доказывается и тем, что в случаях острого его течения пролежень может развиться в 2—3 дня (decubitus acutus). Пролежень есть омертвение участка кожи, распространяющееся в случаях глубоких поражений и на область подлежащих мышц и даже на костную ткань; пролежни разделяются на поверхностные и глубокие, первые встречаются чаще, вторые реже; процесс начинается покраснением определенного участка кожной поверхности; на месте красноты появляется пузырь с серозным содержимым; пузырь лопается, жидкость вытекает, под пузырем открывается лишенная эпидермиса кожа; омертвевающий участок темнеет и секвестрируется, процесс проникает глубже и глубже; в более легких случаях развитие омертвения ограничивается областью кожи, и наступает постепенное заживление грануляционным путем с образованием рубцов на месте пролежня. Наиболее тяжелые пролежни наблюдаются при спинномозговых поражениях и множественных невритах; в клинике душевных болезней они встречаются реже и при тщательном уходе за больными и известных предупредительных мерах число пролежней может быть сведено к minimum'у, граничащему с редко попадающимися случаями. Пролежень сам по себе представляет опасность для жизни больного особенно потому, что может служить источником развития септического процесса и рожистой инфекции.

Существенно важное трофическое расстройство представляют гематомы или кровяные опухоли, обычно локализирующиеся у душевно-больных на ушных раковинах, в форме отэматом (othaematoma)[629-633]). Опухоль занимает вогнутую поверхность ушной раковины; сначала появляется припухлость, выполняющая раковину, но оставляющая свободными ушную мочку, козелок и наружный слуховой проход; цвет отслоившейся от ушного хряща кожи сначала бывает нормальным, затем становится багровым или синеватым; опухоль увеличивается и флюктуирует; она болезненна при давлении и горяча на ощупь; в случае разреза опухоли, из нее вытекает жидкая кровь; предоставленная самой себе, опухоль постепенно утрачивает свою напряженность и начинает опадать; сначала процесс обратного развития идет медленно, затем быстро, при чем ухо уменьшается в вертикальном и поперечном размере, сморщивается, становится уродливым. Весь процесс прогрессивного и регрессивного развития отэматомы продолжается около 6 недель. Отэматомы наблюдаются почти исключительно при прогрессивном параличе. Происхождение их обусловливается трофическим поражением ушного хряща, вызывающим раздражение перихондрия, вследствие неизбежной травматизации уха при трении о подушку и прикосновении к нему руками; развитие перихондрита связано с вростанием в вещество хряща новообразованных сосудов; в пораженном хряще появляются трещины, расщепления с разрывом сосудов; при этом отщепляется перихондрий и образуется замкнутая полость, содержащая кровь; обезображивание уха, наступающее вместе с всасыванием содержимого опухоли, об'ясняется смещением пластинок треснувшего хряща. Отэматома долго рассматривалась, как следствие грубого травматического повреждения ушей, обусловленного побоями душевно-больных; развитию и укреплению этого взгляда способствовало то обстоятельство, что деформация ушных раковин, подобная наблюдаемой при отэматоме, была обнаружена на изображениях древних гладиаторов, и крупный авторитет Gudden'а, сильно отстаивавшего этот взгляд; доказательство

---

[*]) Knapp, 1. c. [555]), S. 783.

справедливости его видели также в том, что по мере улучшения ухода за больными и обращения с ними отэматома становились все реже и реже; однако изучение генеза и развития опухоли и микроскопическое исследование ее привели к выводу, что отэматома зависит от трофического изменения ушного хряща, в связи и которым ее может вызвать даже ничтожная, неуловимая травматизация уха; конечно, она может быть вызвана и грубой травмой, но понятно, что в связи с сказанным отэматома должна быть отнесена к проявлениям трофических нарушений у душевнобольных. При прогрессивном параличе встречается еще опухоль ушной раковины, близко напоминающая отэматому и родственная ей — это серозная опухоль или othydroma[634]); отличается она, как показывает самое название, отсутствием крови в содержимом и тем, что при надлежащем уходе (выпускание жидкости и защита уха от внешних раздражений) не оставляет следов, безобразящих уши; наблюдались случаи перехода серозных опухолей в кровяные.

Наблюдается ломкость и хрупкость ногтей, растрескивание их, деформация и даже выпадение. Это нарушение питания ногтей, связанное обыкновенно со специфической этиологией, бывает при прогрессивном параличе и приводит к только что указанным последствиям; чаще это наблюдается в случаях сочетания спинной сухотки с прогрессивным параличом; при этом же сочетании болезней встречается расшатывание и выпадение зубов; деформация ногтей нередко отмечается в тяжелых случаях депрессии при маниакально-депрессивном психозе.

Трофические расстройства при душевных болезнях захватывают и костную ткань; это отражается истончением костей и повышением их ломкости, достигающей в некоторых случаях значительной хрупкости; первые обратили внимание на изменение прочности костей у душевно-больных английские психиатры (Davey); сначала переломы костей, особенно ребер, у душевно-больных приписывались грубому обращению с ними и побоям, которым они подвергались; обыкновенно такие случаи попадали в общую прессу и приводили к судебным процессам; однако, с течением времени выяснилось, что хотя случаи грубого обращения с больными и бывали и приводили к переломам, однако, сама костная ткань претерпевает при некоторых душевных болезнях такие патологические изменения, что кости могут ломаться при условиях, когда у здоровых людей они остаются целыми; так, Lalanne [635]) приводит случай, когда больной прогрессивным параличом получил перелом ребра при кашле, а Н. М. Попов [636]) наблюдал больного, который сломал себе бедренную кость, надевая сапог. Трофические изменения костей свойственны прогрессивному параличу и бывают резче выраженными в тех случаях, которые сопровождаются другими трофическими расстройствами, как отэматома, дистрофия ногтей; при других душевных болезнях изменения костей встречаются редко, отнюдь не являясь для них характерными. Изменяется и хрящевая ткань, описано, напр., окостенение мечевидного отростка с его удлинением и искривлением[637]). Химическое исследование костной ткани при прогрессивном параличе показало, что состав ее значительно отличается от нормального, так как относительное количество органических веществ оказывается увеличенным, а минеральных уменьшенным, вследствие чего кость легко ломается[638]). Микроскопическое исследование обнаруживает атрофический, деструктивный процесс, истончающий и уничтожающий костную ткань; развивается лакунарное рассасывание костной ткани с исчезновением известковых солей и органической стромы, жировое перерождение костных клеток и разволокнение органической стромы[639]). Микроскопическое строение нормального ребра и болезненно измененного представлено на прилагаемом рисунке. Сравнивая строение здорового ребра с ребром прогрессивного паралитика, обращая внимание на изменение и истончение компактной и губчатой части пораженного ребра, легко понять, почему оно является непрочным, хрупким и ломким.

Изредка приходилось встречать при прогрессивном параличе трофические поражения суставов; это относится главным образом к случаям сочетания спинной сухотки с прогрессивным параличом, и дело идет о табетических артропатиях; но наблюдались также случаи поражения суставов при прогрессивном параличе без явлений спинной сухотки, которые рассматриваются, как церебропатические поражения; вообще же артропатии при прогрессивном параличе бывают редко и в литературе их описано очень мало[641]). В литературе отмечено развитие при душевных болезнях остеомаляции, вообще встречающееся очень редко, чаще при dementia praecox[650]), чем при других формах психозов.

Из трофических поражений внутренних органов обращают внимание трофические язвы мочевого пузыря; правда, такие язвы встречаются нечасто, но при известном развитии язвенного процесса и частичном истончении стенки пузыря может наступить разрыв его, влекущий за собою большей частью смертельный исход; обыкновенно язва локализируется в верхнем отделе задней стенки пузыря; трофические язвы встречаются при прогрессивном параличе и значительно реже при других душевных болезнях [642-643]).

Трофические изменения могут развиваться в сосудистых стенках, которые вследствие нарушения их питания истончаются и легко рвутся, давая, как мелкие, так и обширные кровоизлияния; в связи с этим наблюдаются множественные кровоизлияния в слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта[*]), изнуряющие больных и отражающиеся на процессах пищеварения и питания.

Описано в литературе смешанное вазомоторно-секреторное расстройство, принадлежащее к большим редкостям и наблюдавшееся при прогрессивном параличе, а именно, кровавый пот; при этом на поверхности лица, ушей, волосистой части головы выступают, по-видимому, через отверстия потовых желез мелкие

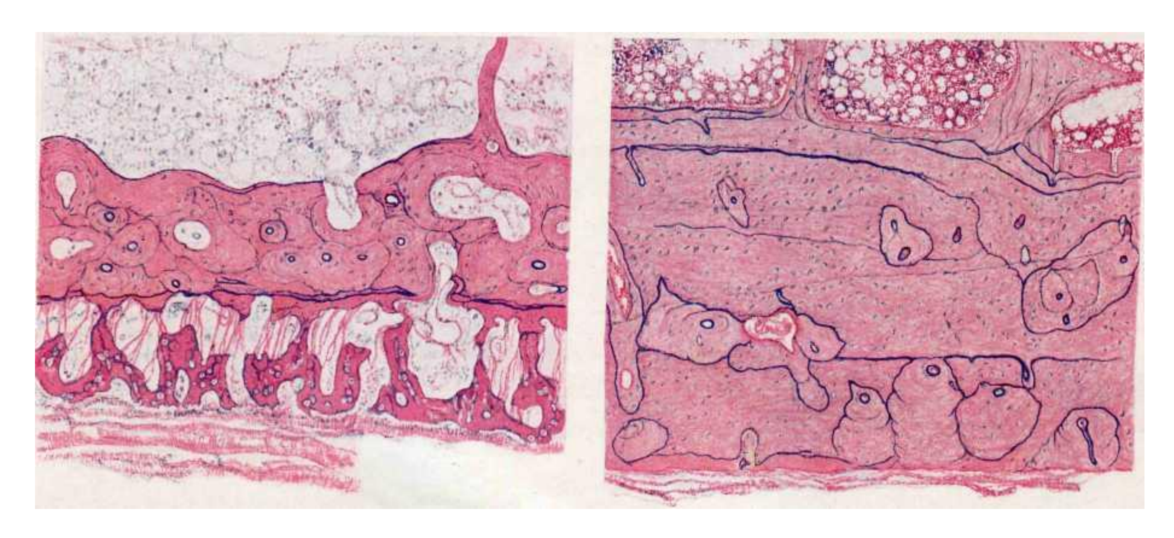
[*]) Zahn, 1. c. [628]), S. 575.

капельки крови, быстро свертывающейся; лицо как бы забрызгано кровью; если эти мелкие свертки крови обтереть, то выступают новые; лицо при этом резко гиперемировано[644]).

Особого внимания заслуживает физическое расстройство, часто наблюдающееся у душевно-больных женщин и выражающееся в нарушении правильного течения менструаций (дисменорея) и особенно в их отсутствии (аменорея). Это сложное расстройство относится главным образом к поражению секреторных функций; менструальное кровотечение является лишь вазомоторной реакцией и вместе с тем признаком, обусловленным более глубоким процессом, происходящим в железах внутренней секреции, в яичниках, и заключающимся в разрыве фолликула и выделении яйца; согласно новейшим взглядам, эта периодическая функция в женском организме зависит от синергичного соотношения гормонов щитовидной и яичниковых желез [645-646]), влияющих на матку, а следовательно, расстройство регул должно быть об'яснено нарушением этого взаимоотношения. Уже давно установлено, что течение менструального процесса сопровождается рядом нервно-психических колебаний, как раздражительность, изменение настроения, в большинстве случаев незначительных, а у предрасположенных личностей может вызывать даже душевное заболевание; в таких случаях менструальный процесс рассматривается в качестве этиологического фактора и значение его, как такового, будет оценено ниже; здесь же имеется в виду патологическое нарушение менструаций, особенно их более или менее длительное прекращение, сопровождающее душевные заболевания с их возникновения или развивающееся во время их течения; в этих случаях обыкновенно говорится о влиянии психоза на менструации, о прекращении менструаций под влиянием душевной болезни.

Специальные исследования показали, что в среднем около половины душевно-больных женщин утрачивают во время болезни способность менструировать; потеря регул может наступать в различные периоды болезни, чаще всего это бывает уже вслед за отчетливым проявлением психоза; при хронических формах душевных болезней, как paranoia, прирожденное слабоумие, дегенеративные психозы и истерические, регулы обычно протекают правильно, за небольшими нарушениями, падающими главным образом на периоды обострения болезни; при эпилептических психозах регулы отсутствуют приблизительно в половине случаев; при маниакально-депрессивном психозе[649]) в одной трети, при чем в маниакальной фазе значительно реже, чем в меланхолической; при amentia и вообще в случаях остро протекающих интоксикационных психозов аменорея встречается часто; особенно резко страдает рассматриваемая функция при dementia praecox, при кататонии утрата ее достигает 93% наблюдаемых случаев; расстройство менструаций свойственно также значительной части органических заболеваний. Отсутствие менструаций, которое иногда тянется очень долго, многими месяцами, долее года, служит до известной степени мерилом тяжести заболевания. В громадном большинстве случаев аменорея наступает одновременно с падением веса, прекращаясь по мере его наростания; поэтому отсутствие регул и их возвращение имеет важное значение для предсказания, аналогичное тому значению, которое свойственно падению и прибыли веса, а именно: восстановление регул, сопровождающееся улучшением психического состояния больной, служит благоприятным прогностическим признаком; восстановление регул без улучшения психических симптомов указывает на устанавливающееся хроническое течение болезни или наростание слабоумия [647-648]).

Когда говорится о прекращении менструального процесса под влиянием душевного расстройства, то это следует понимать не так, что болезненные уклонения от психической нормы, как таковые, привели к аменорее, а это значит, что причины, вызвавшие душевное заболевание, нарушившие общую правильность отправлений организма, — общее питание, кровообращение, взаимоотношение гормонов, трофоневротические процессы — вызвали и аменорею, которая прекращается с изменением этих условий на ряду с улучшением психического состояния больных или с улучшением физического состояния без параллельного улучшения психического. Аменорея при душевных болезнях не может быть об'яснена исключительно упадком питания, бывающим при этом, так как нередко она развивается в таком периоде болезни, когда питание больных еще не подорвано сколько-нибудь существенно.



Рус. 15—16. Оба рисунка представляют поперечный разрезъ ребра, рис.15—нормального, рис.16—отъ больного, страдавшего прогрессивным параличом. Окраска по Van-Gieson'у. С препаратов д-ра А.В. Агапова. Zeiss. К. Ос.4. Apochr.8mm. К—компактное вещество. Г—губчатое вещество. Н—надкостница. Sharpey'евы волокна.

XXXII.

Нарушения кровообращения у душевно-больных; расстройство сердечно-сосудистой деятельности; сфигмография при душевных болезнях; состояние кровяного давления при различных формах психозов. Приложение теории ваго- и симпатикотонии к клинике душевных болезней. Расстройство дыхания; расстройства желудочно-кишечного тракта. Температура тела при душевных болезнях. Функция внутренних половых органов.

Расстройства органов кровообращения представляют у душевно-больных частое явление; нарушается правильность работы сердца и сосудистой системы; это наблюдается, как при психозах аффективных, по преимуществу, так и при развитии аффективных переживаний в течение психозов вообще; те экзогенные и эндогенные токсические факторы, которые, действуя на организм, вызывают душевное заболевание, отражаются обычно и на сердечнососудистой деятельности уклонением ее от нормы; органические процессы, поражающие нервную систему, естественным образом приводят к патологическому нарушению работы сердца и сосудов, влияя на правильность их иннервации; наконец, болезненные процессы, развивающиеся в сосудах, как специфические артерииты и склеротические поражения, приводя к возникновению душевного заболевания, одновременно выражаются в нарушении нормальной деятельности сердца и сосудов.

Со стороны сердца встречаем обыкновенно ускорение или замедление его работы, нарушение правильности ритма сердечных сокращений, выпадение сокращений сердца. Изменения, развивающиеся в самом сердце и сосудах у душевно-больных и обнаруживаемые при вскрытии умерших больных, не представляют чего-либо характерного для душевных болезней, как таковых, и потому не подлежат здесь описанию; те же сосудистые изменения, которые наблюдаются при микроскопическом изучении центральной нервной системы душевно-больных и представляют известные особенности, подлежат рассмотрению в частной патологии душевных болезней; так, здесь не место разбирать те изменения сердечно-сосудистой деятельности, которые вызваны органическим поражением сердца и сосудов, обусловленным алкоголизмом, сифилисом и другими влияниями, так как эти изменения изучаются в патологии внутренних болезней; можно ограничиться указанием, что те же самые изменения, вызванные указанными причинами, как со стороны патологоанатомической, так и в смысле нарушения функции сердца и сосудов, свойственны и душевно-больным.

О ритме и характере сердечно-сосудистой деятельности обыкновенно судят на основании выслушивания сердца и ощупывания пульса; главным образом, лучевых артерий, частью сонных и отчасти височных; лучшее представление о характере и ритме сердечно-сосудистой деятельности дают, по своей об'ективности и наглядности, кардиографические и сфигмографические кривые; главное внимание исследователей было обращено именно на изучение сфигмограмм при душевных заболеваниях.

Первые обстоятельные исследования в этом направлении были произведены на большом клиническом материале Wolff'ом[651]) в конце шестидесятых годов минувшего столетия. Исследования пульса у душевно-больных производились и значительно раньше, но до Wolff'а не применялся сфигмографический метод, а получавшиеся результаты отличались крайним разнообразием и противоречивостью даже у одних и тех же авторов[652]). Основываясь на громадном сфигмографическом материале, полученном им в течение многих лет, и сравнивая кривые пульса здоровых с записями пульса душевно-больных, Wolff пришел к совершенно определенным выводам. По его убеждению пульс душевно-больных является настолько патогномоничным и неот'емлемым признаком душевного расстройства, имеющим настолько важное значение для распознавания и предсказания при душевных болезнях, что сфигмография при психозах столь же необходима, как измерение температуры лихорадочных больных; нормальным пульсом для неизлечимых психозов представляется запаздывающий пульс — p. tardus; разновидности этого пульса — p. planus, с плоской

вершиной, и rotundo-tardus — с закругленной вершиной; в отличие от трикротического пульса здоровых, пульс душевно-больных бывает дикротическим и монокротическим, не ускоряясь в такой степени при повышении температуры, как это свойственно пульсу здоровых; p. tardus есть физиопатологический признак психопатической конституции; один из младших служащих заведения для душевно-больных, обнаруживавший такой пульс, заболел душевным расстройством; вообще, младшие служащие психиатрических лечебниц, которые, по мнению Wolffa, являются неудачниками в жизни, как правило, становятся со временем слабоумными (!) и приобретают характерный пульс; если душевно-больной выздоравливает, сохраняя запаздывающий характер пульса, то это не есть выздоровление, а лишь малозаметное состояние слабоумия; итак, из характера пульса душевно-больных вытекает предсказание их болезни.

Конечно, столь категорические выводы Wolffa впоследствии не нашли себе подтверждения; хотя целый ряд работавших вслед за ним авторов и соглашался с его выводами, тем не менее от них пришлось отказаться, как основанных на недостаточно удовлетворявшем требованиям клиницистов материале: выяснилось, что найденные Wolff'ом сфигмограммы у душевнобольных присущи далеко не только им; кроме того Wolff исследовал пульс при душевных болезнях вообще, разделяя их на очень небольшое число клинических форм, что соответствовало современным ему взглядам (Griesinger), наконец, сфигмографический метод для того времени был новым и мало изученным. Таким образом, значение пульсовой кривой, как патогномоничного признака при душевных болезнях, было отвергнуто, при чем исследователи, признавая, что психозам свойственны некоторые изменения пульса, в то же время исключали их характерность для данного психоза, как такового[653]). Ziehen [654]) [*]) особенно оттенил отсутствие специфичности изменений пульса у душевно-больных; отмечая ускорение сердечной деятельности при неврастенических состояниях, замедление ее, особенно при ступоре, изменения ее при органических заболеваниях, обусловленные перерождением ядер и волокон блуждающего нерва, автор связывает изменения пульса с развитием аффектов и с тонусом сосудистых стенок, а не с формой душевной болезни; как аффекты, так и спазм и расслабление сосудов могут наблюдаться при самых разнообразных психозах, почему аналогичные кривые пульса также свойственны разным психозам.

Дальнейшие исследователи, направлявшие свое внимание на изучение сфигмограмм при различных клинических формах, в надежде найти характерные для них черты, не могли выделить типичной сфигмограммы; эти записи пульса очень часто нельзя было признать нормальными, но в равной степени нельзя было признать их характеризующими определенную клиническую единицу[655]), так как отмеченные ими особенности пульсовых кривых встречались и при других условиях; исследуя пульсовые кривые у душевнобольных и у тех же лиц после их выздоровления, Сикорский [656]) обнаружил между теми и другими несомненное различие, не приведшее, однако, к более детальным выводам; Whitwell[657]) и Сокальский [658]) обратили внимание на частое появление у ступорозных больных предикротической волны, сливающейся с пульсовой вершиной и закругляющей ее, было обращено внимание на «твердый» пульс меланхоликов, временами напоминающий артериосклеротический пульс[659]); сфигмограммы больных dementia praecox не дают характерных данных[660]); при прогрессивном параличе обнаруживаются существенные уклонения от нормы[661]), но они обусловливаются аналогичными причинами, т. е., влиянием токсического начала, нервной системы и органического поражения сердца, и сосудов. Из сказанного ясно, что изучение отдельных сфигмограмм не дает больших и определенных результатов; выводы получаются определеннее при изучении наряду с пульсовыми кривыми состояния кровяного давления при душевных болезнях.

Кровяное давление у душевнобольных изучалось многими авторами; результаты этих исследований не всегда удобно сравнивать, так как они производились посредством различных приборов, но сравнительная оценка по отношению к аналогичным клиническим формам дает возможность выводов. Так, тщательные исследования Pilcz'a[662]), произведенные при помощи тонометра Gartner'a с участием автора прибора, показали следующее: если принять за нормальное давление высоту ртутного столба от 105—130 мм., то давление при прогрессивном параличе в общем ниже нормы, а именно 100—110 мм. в среднем, с наклонностью к понижению (80—100 мм.); в периоде выраженного физического распада, особенно при развитии трофических поражений, пролежней, давление падает еще ниже, от 50—80 мм.; наблюдалось падение давления до 15 мм. за несколько часов до смертельного исхода; падение давления до 35—40 мм. предвещает близкий смертельный исход, приблизительно в течение суток; в периоды ремиссий давление может выравниваться до нормы; повышение кровяного давления до 145—170 мм. наблюдается в состояниях выраженной депрессии. При старческом слабоумии с явлениями артериосклероза наблюдалось повышение давления до 170 мм.

При гебефренических формах давление не отличается существенно от нормального, давая временами умеренные колебания; при кататоническом ступоре оно значительно понижается, в пределах от 75—110 мм.

Постоянные результаты получаются при маниакально-депрессивном психозе: депрессивный период дает, как правило, высокие цифры; в сравнительно легких случаях давление может лишь немного превышать крайние нормальные пределы, от 130—140 мм.; значительно и быстро повышаясь с усилением аффектов тоски и страха, достигает 170—200 мм.; в маниакальных состояниях давление значительно понижается; так, наблюдались случаи циркулярных форм, когда давление, доходившее в депрессивной фазе до 170, падало в

---

[*]) Ziehen, 1. c. [609]), стр. 204.

маниакальной до 60 мм.; падение давления в депрессивной фазе и повышение его в маниакальной дает основание ожидать смены одной фазы другою; длительные маниакальные состояния протекают при пониженном давлении, достигающем в резко выраженных случаях 65—75 мм.

Вполне естественно резкое повышение давления у эпилептиков во время падучного приступа и падение его по миновании судорог; здесь не может быть никаких противоречий между авторами, так как факт установлен экспериментально. В момент смены тонических судорог клоническими Pilcz наблюдал повышение давления до 220 мм., а во время послесудорожной комы давление падало до 70 мм., снова поднимаясь по миновании этого состояния до 125—130 мм.

Аналогичные результаты при измерениях кровяного давления у душевнобольных получены и другими исследователями.

Изучая литературу физических расстройств при душевных болезнях, приходится признать, что они в значительной степени рассматриваются, как отдельные симптомы, в большинстве случаев очень важные и существенные, но значение их становится гораздо крупнее, когда они об'единяются в группы или синдромы, связанные между собою общностью происхождения; при таком взгляде некоторые симптомы, распознавательное значение которых в отдельности может казаться ничтожным, оказываются в известном сочетании приобретающими большую важность; это значение и характерность соответствующих симптомов или синдромов еще более усиливается при изучении их изменяемости во времени. Сказанное лучше всего подтверждается при изучении отдельных клинических форм, но здесь я затронул этот вопрос потому, что он невольно возникает при общем обзоре патологических изменений пульса и давления при душевных болезнях, так как результаты, полученные исследователями, недостаточно постоянны и часто противоречивы. Между тем, освещая этот вопрос в соотношении с теорией Eppinger'a и Hess'a [667-668]) о ваго- и симпатикотонии, вероятно удастся внести в него со временем известное единство.

По данным приведенных авторов, к симпатической нервной системе принадлежат группы нервных волокон, начинающихся в грудном и верхне-поясничном отделах спинного мозга; остальные волокна относятся к блуждающему нерву, образуя т. наз. автономную систему; только симпатическая иннервация свойственна потовым железам, мышцам волос, кожи и сосудов внутренних органов; во всех других областях иннервация двойная, со стороны обеих систем. По действию фармакологических веществ симпатическая система еще называется адреналинафильной; автономная система, обнаруживающая реакцию на атропин и пилокарпин, называется также пилокарпинофильной; симпатическая и автономная системы — антагонистичны: возбуждение первой ускоряет деятельность сердца, второй — замедляет, первая тормозит перистальтику, вторая ее усиливает. Нормальное равновесие между обеими системами устанавливается и поддерживается, по-видимому, железами внутренней секреции: адреналинофильная система возбуждается секретом надпочечников (адреналин), в автономная — поджелудочной железы, которая влияет на первую; симпатическая система возбуждается также секретом щитовидной железы. Влияя на организм фармакологическими возбудителями той или другой системы, удается установить, имеется ли в данном случае vago- или sympathicotonia; так при ваготонии приспособляемость после введения атропина восстанавливается уже через 30 час., а при симпатикотонии аккомодация не возвращается к норме даже через 7 суток; белый дермографизм — признак симпатикотонии, красный — ваготонии; признаками последней служат также повышенная кислотность желудочного содержимого и судорожные запоры. Исходя из приведенных соображений, удается обобщить некоторые симптомы, представляющиеся на первый взгляд не имеющими между собою достаточной связи.

Выводы приведенной теории попытались применить к клинике душевных болезней, хотя пока в этом направлении сделаны лишь первые шаги. Исследованиями Potzl'я, отчасти произведенными совместно с Eppinger'ом и Hess'ом, установлено следующее в общем, в меланхолической фазе маниакально-депрессивного психоза наблюдается понижение тонуса, как автономной, так и симпатической системы, при меланхолиях инволюционного периода, особенно после наступления менопаузы, тонус симпатической системы представляется повышенным, на что указывает и появление трофических расстройств; падением тонуса автономной системы об'ясняется отсутствие слез в меланхолических состояниях; в маниакальной фазе обнаруживается довольно сильная реакция на пилокарпин, как и при dementia praecox; minimum тонуса обеих систем бывает на высоте меланхолической фазы, а maximum на высоте маниакальной; возможно, что состоянием тонуса обеих систем об'ясняется наступление той или иной фазы, при кататонических состояниях преобладает повышение тонуса автономной системы, но и симпатическая обнаруживает реакцию выше нормальной [668-670])

Протопопов[671]), выбрав при маниакально-депрессивном психозе комплекс симптомов, об'единенных общей иннервацией, как частота пульса, состояние зрачков и функция кишечника, проследил этот синдром в ряде случаев на протяжении почти всего заболевания; об этих симптомах можно с уверенностью сказать, что они являются результатом длительного и стойкого расстройства иннервационного равновесия с перевесом в сторону влияния симпатической системы; этот синдром может рассматриваться, как проявление симпатикотонической реакции на причинный момент без предрешения вопроса об его характере; что является в данном случае первичным, — понижение тонуса автономной системы или повышение тонуса симпатической, остается пока невыясненным, так как не решается одним клиническим наблюдением без специальных дополнительных исследований. На основании исследований Potzl'я надо думать, что вообще

меланхолическим состояниям свойственна симпатикотоническая реакция, но так как больные Potzl'я исследовались не в одинаковых стадиях болезни, то его опыты должны быть подвергнуты тщательной проверке и не в направлении изучения реакций меланхоликов и маниаков на фармакологические средства, а в направлении соотношения этих реакций с фазами всего течения болезни. Работа Протопопова показывает, что специфические признаки в соматической сфере больных следует искать не у меланхоликов или маниаков вообще, а в известном клиническом состоянии больного, так как применение пробы на пилокарпин и адреналин, повидимому, должно соответствовать не меланхолическому или маниакальному состояниям, как таковым, а наличности выделенного автором синдрома, как он отмечается непосредственным клиническим наблюдением. Синдром заключается в длительном, значительном расширении зрачком, учащении пульса и задержке со стороны кишечника (запоры), будучи об'единен общим иннервационным возбуждением симпатической системы (n.n. accelerantes, m. dilatator и др.). Синдром наиболее выражен в формах болезни относительно быстро протекающих, с благоприятным исходом, у молодых и крепких суб'ектов; будучи особенно ярко и отчетливо выраженным в начале и на высоте болезни, он спадает по мере наступления выздоровления; по отношению к меланхолическим или маниакальным состояниям принципиальной разницы, в смысле обнаружения синдрома, не наблюдается. При переходе болезни в хроническое состояние синдром исчезает.

Что касается других симптомов, относящихся к состоянию веса тела и менструальному процессу, то хотя изменения в этом направлении представляются типичными, но для отнесения их также к проявлениям симпатикотонического состояния пока не имеется достаточных данных

Дыхание душевно-больных в некоторых случаях обнаруживает уклонения от нормального типа; так, отмечается поверхностный характер дыхательных движений грудной клетки при меланхолических состояниях, прерывающийся время от времени глубокими вздохами, учащение у них дыхательного ритма, неправильный дыхательный ритм при предсердечной тоске; Marce обратил внимание на изменение у меланхоликов соотношения между числом дыхательных движений и пульсовых волн, которое вместо обычного 1 : 4 выражается 1 : 5 или 1 : 6; отмечено замедление дыхания при аффектах боязни и страха*). Дыхание кататоников представляется, особенно в ступорозном состоянии, поверхностным и замедленным, нередко с преобладанием брюшного типа**). Хронически продолжающееся поверхностное дыхание у больных с общей задержкой подвижности, отражающееся на полноте окислительных процессов, принадлежит к числу условий, располагающих к заболеванию туберкулезом легких, с сравнительно легкой возможностью развития которого всегда следует считаться у таких больных. При органических психозах, естественно, наблюдаются нарушения дыхательного акта обусловливающиеся органическим поражением центральной нервной системы; так, при соответствующей локализации фокусов размягчения или кровоизлияния при старческих и артериосклеротических формах, при прогрессивном параличе в связи с апоплектиформными и эпилептиформными приступами, в связи с значительным повышением внутреннего давления, наблюдается развитие Cheine-Stokes'овского типа[673]) дыхания; Mendel[672]) описал случай прогрессивного паралича, в котором Cheine-Stokes'ово дыхание продолжалось в течение двух месяцев; наблюдались случаи, в которых этот тип дыхания появлялся в качестве преходящего эпизода болезни в связи с эпилептиформными приступами; отмечаются случаи развития неравномерного дыхания, аритмичного, сопровождающегося дрожанием грудной клетки. В состояниях возбуждающих аффектов при различных формах психозов наблюдается иногда прерывающийся характер дыхательных движений.

Нарушения функций желудочно-кишечного тракта представляют обычное явление у душевно-больных; эти функции нарушаются вследствие болезненного расстройства секреторной деятельности слюнных желез, желудочных и других желез, имеющих отношение к пищеварению, о чем уже было сказано выше; в связи с этими условиями нарушается не только переваривание и усвоение питательного материала, но и прохождение пищевой кашицы и каловых масс по кишечнику; развиваются запоры, поносы, катаральное состояние желудка и кишек. Протопоповым было отмечено появление запоров при маниакально-депрессивном психозе, обусловленное болезненным изменением тонуса симпатической системы; наблюдений в этой области, относящихся к другим формам душевных заболеваний, пока еще не сделано, но вряд ли можно сомневаться, что выдвинутая автором точка зрения найдет приложение и в других душевных заболеваниях. Атония кишечника часто встречается у душевно-больных, особенно у малоподвижных больных, в ступорозных состояниях; при кататоническом негативизме и под влиянием бредовых идей больные иногда задерживают испражнения. Особенно внимательно необходимо следить за кишечником у слабоумных больных и прогрессивных паралитиков, которые сами не заявляют об имеющихся у них запорах; между тем, связанное с запорами вздутие кишечника, оказывающее давление на грудобрюшную преграду, влияющее на кровообращение, влекущее за собою поступление в кровь посторонних ей элементов, может повлечь за собою обморок, головокружение, и даже способствует развитию эпилептиформных припадков, прекращающихся вслед за опорожнением кишечника. Слабоумные больные нередко подбирают мусор и проглатывают его, недостаточно разжевывают пищу, что также способствует кишечным заболеваниям; нередко проглатываются различные нес'едобные предметы, как бумага, кусочки дерева, стекло, гвозди и др. Плохо разжевывают пищу и проглатывают ее

---

*) Seglas, 1. c. [381]), p. 128 Regis, 1. c. [637]), p. 98

**) Осипов, 1. с. [501].), стр. 349.

крупными кусками и маниакальные больные, почему рекомендуется давать им жидкую, кашицеобразную, размельченную пищу. Кроме указанных особенностей по отношению к желудочно-кишечному пути, свойственных душевно-больным, им присущи вообще желудочно-кишечные заболевания, наблюдаемые у душевно-здоровых, — язвенные поражения, геморрагические катары, расширение желудка, раковые опухоли и др., но, принимая во внимание указанные условия, легко понять, что желудочно-кишечные заболевания у душевно-больных в общем встречаются чаще. Так как многие душевно-больные являются вследствие указанных причин особо расположенными к кишечным заболеваниям, то острые кишечные инфекции, появляясь в специальных лечебницах особенно легко в них распространяются и тяжело протекают, унося много жертв.

Относительно нарушений при душевных болезнях со стороны функции печени и поджелудочной железы пока ничего определенного и существенного не выяснено.

Душевные болезни, за малыми исключениями, представляются заболеваниями безлихорадочными и в общем не сопровождаются сколько-нибудь существенным повышением температуры; однако, было бы ошибочным сделать вывод, что можно не следить за температурой больных, так как повышения температуры у душевнобольных наблюдаются в связи с самым характером заболевания, имея в отдельных случаях важное распознавательное значение, а кроме того, повышениями температуры сопровождаются различные осложнения, развивающиеся в связи с основным заболеванием или имеющие значение случайных эпизодов. Кроме повышения, при душевных болезнях может наблюдаться понижение температуры, выражающееся более или менее длительным падением ее ниже среднего нормального уровня, отмечаются различные неправильности температурных колебаний. Лихорадочное течение с высоким под'емом температуры, достигающей 40 ° и дающей резкие колебания, представляется характерным для душевного расстройства, имеющего инфекционное происхождение и острое развитие и течение и известного под названием острого бреда, delirium acutum; состояние температуры относится к числу немногих ранних, типичных признаков этой болезни, дающей в большинстве случаев смертельный исход, поэтому упущений в измерении температуры, особенно в острых случаях, быть не должно Повышение температуры иногда наблюдается при белой горячке, delirium tremens, что считается серьезным прогностическим признаком. Вообще, повышенная температура обычно сопровождает острые психические расстройства, протекающие с психодвигательным возбуждением, как маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза, острое бессмыслие, маниакальное возбуждение при прогрессивном параличе и других психозах; но это повышение температуры обычно не достигает значительных размеров, оставаясь в пределах т. наз. подлихорадочной температуры или немного ее превышая, обыкновенно такие повышения температуры не отличаются стойкостью и быстро выравниваются, несмотря на продолжающееся возбуждение больного. Состояния психического угнетения часто сопровождаются понижением температуры ниже нормального уровня, она держится в пределах 35 °—35,5 °—36 °, опускаясь даже еще ниже при длительном кататоническом ступоре. Бехтерев[674]), тщательно исследовавший температуру душевно больных в течение продолжительного времени, обращает внимание на субнормальную температуру идиотов и слабоумных, опускающуюся временами до 34,5 °, он же отмечает встречающийся при меланхолическом ступоре извращенный тип дневных колебаний температуры (typus inversus), выражающийся превышением ее утренних уровней над вечерними, такое же извращение утренних и вечерних уровней температуры он наблюдал у маниакальных больных в периоде уменьшения возбуждения, извращенный тип, в качестве преходящего явления, встречается в кататоническом ступоре[*]); отмечаются у этих больных неожиданные, кратковременные под'емы температуры (Knapp) ; в одном из моих случаев температура в течение нескольких часов достигла 40,5 ° и затем быстро упала, что сопровождалось обильным потоотделением, при этом у больного не было обнаружено никаких изменений со стороны внутренних органов, которыми можно было бы об'яснить повышение температуры, вслед за падением которой наступил глубокий ступор. Температура при прогрессивном параличе дает иногда неожиданно значительные, нестойкие повышения, нередко повышение температуры предшествует развитию апоплектоидных и эпилептоидных приступов и обыкновенно их сопровождает; при этой же болезни наблюдалась самая низкая температура, достигавшая в отдельных случаях незадолго до смерти 25 ° С [675]) и даже 22,4 °; более умеренные падения температуры отмечены многими авторами [674]) [677]); самая высокая температура, отмеченная при душевных заболеваниях, достигала 43 ° при остром бреде со смертельным исходом.

В случаях душевных болезней, обусловленных инфекцией, как острый бред, повышение температуры об'ясняется влиянием инфекционного начала; в случаях нестойких повышений температуры, достигающей невысокого уровня, при состояниях психодвигательного возбуждения, явление об'ясняется усиленной мышечной работой (маниакальное состояние), вызывающей гипертермию тела; несомненно, что в ряде случаев мозговых заболеваний (прогрессивный паралич) повышения и колебания температуры обусловливаются поражением теплорегулирующих центров головною мозга; иначе трудно об'яснить эпизодические повышения температуры, наблюдаемые при прогрессивном параличе, кататонии; Reichardt[678]) об'ясняет их изменением внутричерепного давления, обусловленным чрезмерным скоплением в полости черепа цереброспинальной жидкости.

---

[*]) Осипов, 1. с. [501]), стр. 218

Повышение температуры у душевнобольных вызывается, конечно, и различными случайными заболеваниями и осложнениями; к числу не слишком редких осложнений относятся циститы и пиэлоциститы, развивающиеся при органических поражениях, как прогрессивный паралич, сифилис мозга, артериосклеротические и старческие психозы, вследствие неумелой катетеризации мочевого пузыря, вызванной задержкой мочи.

Со стороны внутренних половых органов у душевно-больных женщин нередко наблюдаются уже отмеченные выше функциональные уклонения; самое существенное из них выражается в более или менее длительном прекращении регул; в этих случаях обыкновенно утрачивается временно и способность к оплодотворению, вообще сохраняющаяся у душевно-больных женщин, которые, в случае беременности, донашивают до конца и рожают в срок, если течение беременности не прерывается в зависимости от случайных осложнений или специальных показаний. Способность оплодотворять у душевнобольных мужчин в большинстве случаев сохраняется, если не страдает способность к coitus; выше уже говорилось о развитии повышенной половой возбудимости в состояниях маниакального возбуждения, в начальном периоде прогрессивного паралича и о понижении ее в состояниях психического угнетения и при органических психозах; весьма вероятно, что в далеко зашедших случаях прогрессивного паралича способность к оплодотворению падает даже при сохранении половой силы. В случаях прирожденного умственного недоразвития, у идиотов и имбециллов, способность к оплодотворению нередко отсутствует, а у идиоток половые органы часто представляются недостаточно развитыми, и регулы у них могут совершенно не появляться.